

Timo Sinervo
Liina-Kaisa Tynkkynen
Tuulikki Vehko
(toim.)

Mitä kuuluu perusterveydenhuolto?

Valinnanvapaus ja integraatio palveluiden
kehittämisen polttopisteessä

RAPORTTI

Timo Sinervo, Liina-Kaisa Tynkkynen,
Tuulikki Vehko (toim.)

Mitä kuuluu perusterveydenhuolto?

Valinnanvapaus ja integraatio palveluiden
kehittämisen polttopisteessä



TERVEYDEN JA
HYVINVOINNIN LAITOS

Raportti 16/2016

Kirjoittajat

Anna-Mari Aalto, tutkimuspäällikkö, VTT, dosentti,
Terveyden ja hyvinvoinninlaitos, sosiaali- ja terveydenhuollon tutkimus

Miisa Chydenius, tohtoriopiskelija, TtM, Tampereen yliopisto,
terveystieteiden yksikkö

Outi Jolanki, tutkijatohtori, FT, dosentti, Tampereen yliopisto,
terveystieteiden yksikkö

Ilmo Keskimäki, Professori, Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, sosiaali- ja
terveydenhuollon tutkimus ja Tampereen yliopisto, terveystieteiden yksikkö

Juhani Lehto, Professori, emeritus, Tampereen yliopisto, terveystieteiden yksikkö

Anna Saloranta, suunnittelija, VTM, Tampereen yliopisto, terveystieteiden yksikkö

Timo Sinervo, tutkimuspäällikkö, VTT, dosentti, Terveyden ja hyvinvoinnin laitos,
sosiaali- ja terveydenhuollon tutkimus

Vesa Syrjä, tutkija, VTM, Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, sosiaali- ja
terveydenhuollon tutkimus

Liina-Kaisa Tynkkynen, tutkijatohtori, FT, Tampereen yliopisto, terveystieteiden
yksikkö ja Terveyden ja hyvinvoinninlaitos, sosiaali- ja terveydenhuollon tutkimus

Tuulikki Vehko, erikoistutkija, FT, Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, sosiaali- ja
terveydenhuollon tutkimus

© Kirjoittajat ja Terveyden ja hyvinvoinnin laitos (THL)

Taitto: Taittotalo PrintOne

ISBN 978-952-302-731-2 (painettu)

ISSN 1798-0070 (painettu)

ISBN: 978-952-302-732-9 (verkkojulkaisu)

ISSN 1798-0089 (verkkojulkaisu)

<http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-302-732-9>

Juvenes Print – Suomen Yliopistopaino Oy
Helsinki 2016

TIIVISTELMÄ

Timo Sinervo, Liina-Kaisa Tynkkynen, Tuulikki Vehko (toim.) Mitä kuuluu perusterveydenhuolto? Valinnanvapaus ja integraatio palveluiden kehittämisen polttopisteessä. Terveiden ja hyvinvoinnin laitos. Raportti 16/2016. 137 sivua. Helsinki, Finland 2016.

ISBN 978-952-302-731-2 (painettu); ISBN: 978-952-302-732-9 (pdf)

Perusterveydenhuollon asiakaslähtöiset toimintamallit – valinnanvapautta ja integraatiota -hanke toteutettiin Terveiden ja hyvinvoinnin laitoksen ja Tampereen yliopiston yhteishankkeena. Lisäksi hankkeen toimijoihin kuuluivat Espoon kaupunki, Lahden kaupunki, Tampereen kaupunki, Hämeenlinnan terveyspalvelut, Mediverkko Oy (nyk. Mehiläinen), Attendo Oy ja Pihlajalinna Oy. Rahoittajana toimi Tekes, hankkeen toimijoiden ohella.

Hankkeessa toteutettiin monipuolinen tiedonkeruu, joka koostui kirjallisuuskatsauksesta, johdon ja henkilöstön haastatteluista sekä terveyskeskuksen asiakkaille ja terveysasemaa vaihtaneille asiakkaille osoitetuista kyselyistä. Tiedonkeruut toteutettiin syksyllä 2014 ja keväällä 2015. Tulokset raportoidaan asiakkaan, henkilöstön, tilaajan ja tuottajan näkökulmasta. Lisäksi tehtiin kansainvälistä vertailua.

Asiakkaat pitävät valinnanvapautta tärkeänä ja erityisesti hoitavan ammattilaisen valintaa. Väestökyselyssä terveydenhuollon kehittämisen tärkeimmät tekijät olivat kuitenkin palveluiden sujuvuus, peruspalveluiden vahvistaminen, yhdenvertainen saatavuus, yhtenäiset käytännöt ja kustannuskuri. Terveysaseman valitseminen jäi näiden tekijöiden jälkeen. Terveysaseman asiakkaista noin 8 % oli vaihtanut terveysasemaa mutta vaihtajien osuudessa oli kuntien välillä suurta vaihtelua. Väestöön suhteutettuna vaihtajien määrä on pienempi, sillä Suomessa työikäisen väestön palvelut tuottaa pääosin työterveyshuolto.

Palveluiden sijainti on asiakkaille tärkeintä, mutta lähes yhtä tärkeinä tekijöinä pidettiin laatua, palveluiden saatavuutta, hyviä kulkuyhteyksiä ja terveysaseman hyvää mainetta. Ikääntyneempi väestö sai vaihtamisen mahdollisuudesta ja käytännöistä sekä palveluiden laadusta heikommin tietoa ja he kokivat harvemmin, että vaihtaminen olisi käytännössä heille mahdollista.

Vertailutietoa terveysasemien laadusta eikä saatavuudesta ei ole riittävästi. Hankkeessa mukana olleet terveysasemat poikkesivat toisistaan asiakkaan valinnanvapauden kannalta olennaisesti. Asiakkaan valinnanvapauden näkökulmasta se, että terveysasemien palvelutarjonta vaihtelee, voi olla ongelma siinä mielessä, että samaa palvelutarjontaa ei useinkaan ole lähellä tarjolla. Kahdessa kunnassa korvausperusteet yksityisille terveysasemille perustuivat pääosin kapitaatiohintaan. Korvausperusteiden suunnittelu osoittautui haastavaksi siksi, että väestöstä vain osa käyttää terveysasemien palveluita. Terveysaseman vaihtajat olivat tutkituissa kunnissa keskimääräisiä asiakkaita huonokuntoisempia, eli hieman suuremmalla osalla vaihtajista oli jokin pitkäaikaissairaus. Jotta uusien asiakkaiden ottaminen oli yksityisil-

le terveysasemille kannattavaa, oli kapitaatiohinnan oltava terveysaseman vaihtajien kohdalla selvästi väestöön pohjautuvaa hintaa korkeampi.

Terveysasemien toiminnan kehittämisessä painottui jonojen vähentäminen, lääkärripula sekä pitkäaikaissairaiden hoidon kehittäminen. Integraatio merkitsi useimmiten eri ammattilaisten yhteistyötä asiakkaan hoidon suhteen terveysaseman sisällä tai terveysaseman ja sosiaalipalveluiden välillä. Osa terveysasemista oli miehitetty vain lääkäreillä ja sairaan- /terveydenhoitajilla, jolloin yhteistyö esimerkiksi fysioterapeuttien kanssa toteutui läheteiden avulla. Yhteistyömuotojen pelkistyminen vain läheteiksi koettiin ongelmallisena. Päihdehuollon osalta terveyskeskuksessa työskentelevien oli usein hankala tietää, kehen otetaan yhteyttä. Useimmin terveysasemilla kaivattiin psykiatristen sairaanhoitajien, fysioterapeuttien, päihdehuollon ja sosiaalityön osaamista.

Integraation ja valinnanvapauden suhde osoittautui ongelmalliseksi. Asiakkaiden segmentointi pitkäaikaissairauden mukaan toteutui Lahden ja Hämeenlinnan malleissa, joissa pitkäaikaissairaat ja paljon palveluita käyttävät hoidettiin omassa tiimissään tai tietyllä terveysasemalla. Näin asiakkaalle oli tarjolla joukko erilaisia ammattilaisia, mikä mahdollisti joustavan palveluketjun, eikä eri ammattilaisten palveluihin välttämättä tarvittu lähetettä. Tällöin asiakkaan hoito oli mahdollista toteuttaa tehokkaammin, kun hoitoketju saatiin sujuvaksi. Valinnanvapaus oli ongelmallinen näissä malleissa sillä kummassakaan kaupungissa samanlaista palvelua ei muilta terveysasemilta ollut saatavilla.

Useilla terveysasemilla oli ongelmana, että hoitojonot olivat pitkät, eikä pitkäaikaissairaiden hoitomalleja pystytty toteuttamaan. Palveluiden kehittämisen keskeinen tavoite on ollut pitkäaikaissairaiden hoidon kehittämisen lisäksi saatavuuden parantaminen, missä päiväaikaisen päivystyksen organisointi on ollut keskiössä. Yhteinen kehityssuunta useimmille terveysasemille oli hoitajien korostunut rooli. Hoitajien rooli oli keskeinen erityisesti pitkäaikaissairaiden hoidossa, joskin vaihtelu kuntien välillä oli suurta. Lisäksi päiväaikaisessa päivystyksessä useilla terveysasemilla asiakkaan otti vastaan ensin hoitaja, joka enenevässä määrin pystyi ratkaisemaan asian itsenäisesti tai konsultoimalla lääkäriä lyhyesti. Joillakin terveysasemilla pystyttiin asiakkaan asia ratkaisemaan jo puhelimesta, asiakkaan ottaessa yhteyttä (esimerkiksi ohjaus fysioterapeutille tai reseptin uusiminen). Tämän mahdollisti järjestely, jossa hoitajien ja puhelinpäivystyksen tukena toimi lääkäri, jolla ei ollut omia vastaanottoaikoja. Pitkäaikaissairaille oli usein määritely omalääkäri tai entistä useammin omahoitaja, johon asiakas saattoi ottaa myös suoraan yhteyden. Aina hoitosuhteen jatkuvuutta ei pystytty takaamaan. Terveysasemien organisointimallit vaihtelivat voimakkaasti ja olivat nopeassa muutoksessa.

Henkilöstön haastatteluissa todettiin valinnanvapauden olevan arkipäivää tulevaisuudessa ja asiakkaiden olevan halukkaita ja kykeneviä valintojen tekemiseen. Kuitenkin todettiin, että osalle asiakkaista sähköisten välineiden käyttö (ajanvaraus, laadun vertailu) on haastavaa terveydellisten, kielellisten tai sosiaalisten seikkojen vuoksi. Valinnanvapauden yhteydessä henkilöstöllä oli huoli hoidon jatkuvuudesta, toisaalta sen suhteen että hoitosuhde tiettyyn ammattilaiseen säilyy ja toisaalta hoidon jatkuvuudesta eri ammattilaisten välillä.

Asiasanat: perusterveydenhuolto; valinnanvapaus; hoidon integraatio; Suomi

ABSTRACT

Timo Sinervo, Liina-Kaisa Tynkkynen, Tuulikki Vehko (eds.) Mitä kuuluu perusterveydenhuolto? Valinnanvapaus ja integraatio palveluiden kehittämisen polttopisteessä [How are you, Finnish health centre? Freedom of choice and care integration as central targets of development]. National Institute for Health and Welfare. Report 16/2016. 137 pages. Helsinki, Finland 2016.
ISBN 978-952-302-731-2 (printed); ISBN: 978-952-302-732-9 (pdf)

The project 'Client centered primary care - patient choice and care integration' was organised jointly by the National Institute for Health and Welfare and the University of Tampere. Participants included the City of Espoo, the City of Lahti, the City of Tampere, Hämeenlinna health services, Mediverkko Oy (Mehiläinen), Attendo Oy and Pihlajalinna Oy. The Finnish Funding Agency for Technology and Innovation as well as participating organizations provided funding for the project.

The project involved a compilation of information consisting of a literature review, interviews with management and personnel, and questionnaires addressed to customers of health centres and customers who had switched health stations. The information was collected in autumn 2014 and spring 2015. The findings are reported from the perspectives of customer, personnel, client and producer. An international comparison was also conducted.

Customers consider the freedom of choice important, particularly their ability to select the professional treating them. However, the principal factors in healthcare development that emerged in the customer survey were smooth running of services, reinforcement of basic services, equal access, consistent practices and cost control. Being able to choose a health centre unit ranked below all of these factors. About 8% of health centre customers had switched health stations nationwide, but there were great differences between municipalities in this figure. The percentage of customers switching is smaller if taken as a percentage of the entire population, because healthcare services for people of working age in Finland are largely provided through occupational health care.

Customers cited the location of services as the most important factor, followed closely by quality, access to services, good transport connections and the good reputation of the health station. Older age groups were less aware of the possibility and practice of switching and of the quality of services, and they were less likely to understand that it would in practice be possible for them to go to a different health centre.

Comparative information on the quality of health centres and availability of services is insufficient. The health centres involved in the project differed from each other substantially concerning customers' freedom of choice. The fact that health centres have different service offerings may be a problem vis-à-vis customers' freedom of choice in the sense that the required services may not be available at a more

convenient location. In two municipalities, the basis for compensation paid to private health centres is mainly based on capitation. Outlining the basis for compensation proved to be challenging because only part of the population uses the services of health centres. In the municipalities studied, customers who switched health centres were in poorer condition than average, i.e. the percentage of customers with a chronic illness was somewhat higher among switching customers than among the general population. In order for it to be profitable for private health centres to accept new customers, the capitation fee had to be significantly higher for customers switching health centres than the population-based fee.

The factors emphasised in developing the operations of health centres were cutting down queues, a shortage of physicians and improving treatment for the chronically ill. Integration was mostly understood as cooperation between professionals in the treatment of a customer within a health centre or between a health centre and social services. Some health centres only had physicians and registered nurses / public health nurses on their staff and could work with other professionals such as physiotherapists only through referrals. For cooperation to rely solely on referrals was seen as a problem. For substance abuse services, health centre personnel often found it difficult to know whom to contact. Most health centres had a need of the expertise of psychiatric nurses, physiotherapists, substance abuse professionals and social workers.

The relationship between integration and freedom of choice proved problematic. Customer segmentation by chronic illness was implemented in the Lahti and Hämeenlinna models, where patients who were chronically ill or otherwise frequent service users were taken care of by a separate team or at a designated health centre. As a result, these customers had access to a wide range of professionals and thus a flexible service chain; referrals to external professionals were rarely needed. The treatment chain was thus streamlined, enabling efficient customer treatment. However, freedom of choice was questionable in these models, since similar services were not available at other health centres in either city.

Many health centres were troubled by extensive treatment queues and an inability to implement treatment models for the chronically ill. The key goal in developing services is both in improving treatment for the chronically ill and in improving access; in the latter, the organisation of daytime acute care has been to the fore. A common trend at most health centres is that nurses are acquiring a more important role. Nurses were found to be particularly important in the treatment of the chronically ill, although there were great differences between municipalities in this respect. Also, at many health centres customers arriving at acute care in the daytime were first seen by a nurse for triage; in many cases, the nurse was able to resolve the matter independently or through a brief consultation with a physician. At some health centres, some customer issues could be resolved over the phone (e.g. a referral to a physiotherapist or renewing a prescription). This was enabled by an arrangement where nurses who answered phones were assisted by a physician who had no surgery hours of his own. Chronically ill customers were often assigned a designated physician or,

in an increasing number of cases, a designated nurse; customers could contact their designated professional directly. However, continuity of the treatment relationship could not always be guaranteed. Health centre organisation schemes varied greatly and were also in a state of flux.

In personnel interviews, the prevailing feeling was that freedom of choice would be commonplace in the future and that customers are willing and able to make such choices. However, it was noted that for some customers the use of electronic devices (booking appointments, quality comparisons) is challenging because of health, language or social issues. Personnel were concerned about the continuity of treatment in the context of the freedom of choice: retaining a treatment relationship with a specific professional on the one hand, and continuity of treatment between professionals on the other.

Key words: primary health care; freedom of choice; integration of treatment; Finland

SAMMANDRAG

Timo Sinervo, Liina-Kaisa Tynkkynen, Tuulikki Vehko (red.) Mitä kuuluu perusterveydenhuolto? Valinnanvapaus ja integraatio palveluiden kehittämisen polttopisteessä [Hur är läget inom primärvården? Valfrihet och integration som mål för utvecklingen]. Institutet för hälsa och välfärd. Rapport 16/2016. 137 sidor. Helsingfors, Finland 2016.
ISBN 978-952-302-731-2 (tryckt); ISBN: 978-952-302-732-9 (pdf)

De klientorienterade organiseringsmodellerna inom primärvården – projektet valfrihet och integration – genomfördes i form av ett gemensamt projekt mellan Institutet för hälsa och välfärd och Tammerfors universitet. Till aktörerna i projektet hörde dessutom Esbo stad, Lahtis stad, Tammerfors stad, Hämeenlinnan terveyspalvelut, Mediverkko Oy (Mehiläinen), Attendo Oy och Pihlajalinna Oy. Utöver dessa finansierades projektet av Tekes.

Som del av projektet genomfördes en mångsidig datainsamling som bestod av litteraturoversikt, intervjuer med ledning och personal samt frågor riktade till klienter på hälsovårdscentraler och klienter som bytt hälsovårdscentral. Datainsamlingen genomfördes hösten 2014 och våren 2015. Resultaten rapporteras ur klientens, personalens, beställarens och leverantörens synpunkt. Dessutom gjordes en internationell jämförelse.

Klienterna anser att det är viktigt med valfrihet, och i synnerhet att kunna välja den yrkesutbildade personal som vårdar dem. I en befolkningsenkät var emellertid de viktigaste faktorerna för utvecklande av hälsovården flexibla tjänster, stärkt bas-service, likvärdig tillgång till vård, enhetlig praxis och kostnadskontroll. Valet av hälsovårdscentral ansågs vara mindre viktig än dessa faktorer. Av klienterna hade allt som allt cirka 8 % bytt hälsovårdscentral, men det fanns stora variationer i andelarna kommunerna emellan. I relation till hela befolkningen blir antalet klienter som bytt mindre, för i Finland produceras tjänster för den arbetsföra befolkningen huvudsakligen inom företagshälsovården.

Det viktigaste för klienterna är det var tjänsterna är belägna, men kvaliteten, tillgången till tjänster, goda trafikförbindelser och hälsovårdscentralens goda rykte ansågs vara nästan lika viktiga. Den äldre befolkningen fick minst information om möjligheterna till ett byte, hur det går till i praktiken och om kvaliteten på tjänsterna, och de var mer sällan av den åsikten att ett byte kunde vara möjligt för dem i praktiken.

Det finns inte tillräckligt med jämförelseuppgifter om kvaliteten eller tillgången på hälsovårdscentraler. De hälsovårdscentraler som var med i projektet avvek i väsentlig grad från varandra med tanke på klientens valfrihet. Med tanke på klientens valfrihet kan det faktum att hälsovårdscentralernas utbud av tjänster varierar vara ett problem i det avseendet att samma utbud av tjänster ofta inte finns att få i närheten. I två kommuner baserade sig ersättningsgrunderna för privata hälsovårdscen-

traler huvudsakligen på en kapitationsavgift. Planeringen av ersättningsgrunderna visade sig vara ett utmanande arbete, för det är bara en del av befolkningen som utnyttjar hälsovårdscentralernas tjänster. I de kommuner som undersöktes hade klienterna som bytte hälsovårdscentral sämre hälsa än klienter i genomsnitt, med andra ord hade en lite större del av dem som bytte hälsovårdscentral en långvarig sjukdom. För att det ska vara lönsamt för privata hälsovårdscentraler att ta emot nya klienter, borde kapitationsavgiften i fråga om dem som byter hälsovårdscentral vara klart högre än den avgift som baserar sig på befolkningen.

Vid utvecklandet av verksamheten i hälsovårdscentralerna betonades en minskning av köerna, läkarbristen samt utvecklandet av vården av långtidssjuka. Integration innebar oftast samarbete mellan olika yrkesutbildade personer i fråga om vården av patienten i hälsovårdscentralen eller mellan hälsovårdscentralen och socialservicen. En del av hälsovårdscentralerna var bemannade enbart med läkare och sjuk-/hälsovårdare, varvid samarbetet med exempelvis fysioterapeuter genomfördes med hjälp av remisser. Det faktum att samarbetet reducerades till enbart remisser upplevdes som problematiskt. I fråga om missbrukarvården hade de som arbetade på hälsovårdscentraler ofta svårt att veta vem de skulle kontakta. De tjänster som oftast saknades på hälsovårdscentraler var psykiatriska sjukskötare, fysioterapeuter och kunnande inom missbrukarvården och socialt arbete.

Förhållandet mellan integration och valfrihet visade sig vara problematiskt. Segmenteringen av klienter enligt långtidssjukdomar genomfördes i de modeller som tillämpades i Lahtis och Tavastehus, där långtidssjuka och klienter som använder mycket tjänster sköttes i egna team eller på en viss hälsovårdscentral. På detta sätt kunde klienterna erbjudas en grupp olika yrkesutbildade personer, vilket möjliggjorde en flexibel vårdkedja, och att det inte nödvändigtvis behövdes remiss för olika yrkesutbildade personers tjänster. Det var då möjligt att sköta vården av klienterna effektivare, i och med att vårdkedjan blev mer flexibel. Valfriheten var problematisk i de här modellerna för det fanns inte motsvarande tjänster på någon annan hälsovårdscentral i nägondera staden.

På flera hälsovårdscentraler hade man problem med långa vårdköer, och man kunde därför inte tillämpa vårdmodellerna för långtidssjuka. Ett viktigt mål för utvecklandet av tjänster har, utöver utvecklandet av vården av långtidssjuka, varit förbättrandet av tillgången till vård, och där har planerandet av jouren under dagtid stått i centrum. Den gemensamma utvecklingstrenden för de flesta hälsovårdscentraler har varit den framträdande roll som skötarna har. Skötarnas roll var viktig i synnerhet vid vården av långtidssjuka, även om det fanns stora variationer mellan kommunerna. På jouren på flera hälsovårdscentraler blev klienten under dagtid först emottagen av en skötare, som i ökande grad kunde lösa ärendet självständigt eller genom att i korthet konsultera en läkare. På vissa hälsovårdscentraler kunde man lösa klientens ärende redan per telefon (till exempel hänvisning till fysioterapeut eller förnyande av recept). Det här möjliggjordes av ett arrangemang där en läkare, som inte hade egna mottagningstider, fungerade som stöd för skötarna och telefonjouren. För långtidssjuka hade ofta utsetts en husläkare, eller också allt oftare en

egenvårdare, som klienten själv kunde kontakta direkt. Man kunde inte alltid garantera kontinuiteten i vårdrelationen. Organisationsmodellerna på hälsovårdscentrallerna varierade i hög grad och höll snabbt på att förändras.

I intervjuer med personalen konstaterades att valfrihet kommer att vara vardag i fortsättningen, och att klienterna är både villiga och kapabla till att göra val. Man konstaterade emellertid också, att det för en del av klienterna, på grund av hälsomässiga, språkliga och sociala omständigheter, är utmanande att utnyttja sig av elektroniska medel (tidsbokning, jämförelse av kvalitet). I samband med valfrihet bekymrade sig personalen över kontinuiteten i vården- å ena sidan med att vårdförhållandet med en viss yrkesutbildad person fortsätter, och å andra sidan med kontinuiteten i vården mellan olika yrkesutbildade personer.

Nyckelord: primärvård; valfrihet; integration av vården; Finland

Sisällys

Tiivistelmä	3
Abstract	5
Sammandrag	8
Johdanto	13
Tausta	13
Tutkimuksen tavoitteet ja toteutus	22
Valinta ja integraatio Suomen terveydenhuollon aiemmissa muutosvaiheissa.....	28
Valinta ja integraatio Pohjoismaissa	33
Johdanto	33
Palvelujärjestelmät Norjassa, Ruotsissa ja Tanskassa	33
Integraation edistäminen kansallisella tasolla	34
Palveluiden käyttäjän valinnanvapaus perusterveydenhuollossa.....	37
Keskeiset johtopäätökset.....	42
Perusterveydenhuollon vastaanottotoiminnan kehittäminen ja terveysasemien organisointitavat	45
Valinnanvapaus ei ole kuntien kehittämistoiminnan polttopisteessä.....	45
Palvelujen integraatio ja palveluvalikoima vaihtelevat terveysasemien välillä – mitä käy valinnanmahdollisuuksien?	48
Terveysasemien organisointitavat	50
Johtopäätökset	73
Valinnanvapaus ja palveluiden integraatio työntekijänäkökulmasta.....	76
Johdanto.....	76
Potilaat valintoja tekevinä asiakkaina	78
Integraatio – integraation eri tulkinnat ja tasot terveysasemien arjessa	83
Lopuksi	92
Asiakkaiden kokemukset palveluista – näkemyksiä terveysaseman valinnasta ..	98
Hoitoon pääsyssä ongelmia.....	98
Terveyskeskusten asiakkaat ovat suurelta osin pitkäaikaissairaita	100
Henkilöstön ammattitaitoon ja vuorovaikutukseen ollaan tyytyväisiä	102
Terveyskeskusasiakkaat tietävät mahdollisuudesta valita, mutta vaihtajia on vain vähän	104
Tieto valinnanvapaudesta saatu pääasiassa mediasta.....	105
Asiakkaat arvostavat mahdollisuutta valita terveysasema – valintaperusteissa korostuvat aikojen saatavuus, hoidon laatu ja terveysaseman sijainti	107
Kokemuksissa terveysaseman vaihtamisesta ilmeni tiedonkulun katkoksia	111
Lopuksi	113

Johtopäätökset.....	115
Asiakkaat pitävät valinnanvapautta tärkeänä, mutta palveluiden toimivuutta tärkeämpänä	115
Palveluiden sijainti on asiakkaille tärkeintä, laatu ja saatavuus samoin	116
Terveysasemien asiakkaat ovat keskimääräistä sairaampia.....	116
Tietoa valinnan pohjaksi on saatava lisää.....	116
Valinnanvapaus näkyy vähän kuntien strategioissa	117
Mitä valitaan – terveyskeskukset keskellä muutosta.....	117
Integraatio – sujuva palveluketju	118
Integraation ja valinnanvapauden suhde on ongelmallinen	119
Palveluprosessien kehittäminen.....	120
Henkilöstönäkökulma.....	121
Valinnanvapaus ja integraatio kansainvälisestä näkökulmasta	122
Hankkeen tulokset valinnanvapauden kehittämisen näkökulmasta	123
 Liite 1. Asiakkaiden kokemukset palveluista –luvun liitetaulukot	125
Liite 2. Menetelmät ja aineistot	131
Liite 3. Hankkeessa tuotettua muuta materiaalia.....	134
Liite 4. Hankkeen ohjausryhmä.....	136
Liite 5. Kansainväliset yhteistyötahot.....	137

JOHDANTO

Timo Sinervo, Liina-Kaisa Tynkkynen, Tuulikki Vehko

Tausta

Suomalaisen sosiaali- ja terveyspalvelujärjestelmän tärkeä kehittämishaaste on palvelujen asiakaslähtöisyyden parantaminen. Terveyspalvelujen asiakaslähtöisyyttä on pyritty edistämään kahdesta eri näkökulmasta: toisaalta lisäämällä asiakkaan valinnanvapautta palveluissa ja toisaalta palveluiden paremman yhteensovittamisen – integraation kautta. Molempien kehityssuuntien avulla pyritään asiakkaan aseman sekä palveluiden laadun ja vaikuttavuuden parantamiseen. Asiakkaan valinnanvapauden ja integraation taustalla olevat lähtökohdat ovat joiltain osin kuitenkin erilaisia. Kun asiakkaan valinnanvapaus korostaa usein tuottajien välistä kilpailua ja ainakin nykykeskustelussa nojaa vahvasti markkinoilla tapahtuvaan palvelujärjestelmän ohjaukseen, palveluiden integraatiolla tavoitellaan hoidon jatkuvuutta ja ammattilaisten välistä moniammatillista yhteistyötä. Miten nämä erilaiset kehityssuunnat voitaisiin sovittaa yhteen tulevaisuuden palvelujärjestelmässä? Miten valinnan ja integraation avulla voidaan tuottaa laadukkaita palveluja? Miten erilaisten asiakasryhmien tarpeet voidaan huomioida aikaisempaa paremmin? Miten käy henkilöstön, kun palvelujärjestelmiä kehitetään kohti asiakaslähtöisiä palvelumalleja? Tässä kirjassa käsittelemme näitä kysymyksiä, kuvaamalla Tekesin rahoittaman VALINT-hankkeen tutkimustuloksia. Hankkeessa tutkittiin terveyskeskusten vastaanotto- toiminnan kehittymistä valinnanvapauden näkökulmasta sekä pitkäaikaissairaiden hoidon kehittämisen kannalta.

Asiakas valitsee

Hanke aloitettiin vuonna 2014, jolloin Terveystieteidenhuoltolaki (1326/2010) muutti asiakkaan asemaa palveluiden käyttäjänä. Ennen lain voimaan tuloa kiireettömän hoidon hoitopaikka, eli asiakkaan käyttämä terveysasema, määräytyi asuinpaikan mukaan. Terveystieteidenhuoltolaki kuitenkin mahdollisti palveluiden käyttäjien valita haluamansa terveysasema kuntansa sisällä vuosittain (47§) sekä tilapäisesti myös esimerkiksi kesämökkipaikkakunnaltaan. Vuonna 2014 valinnanvapaus laajeni koko maahan, mikä tarkoitti sitä, että asiakas voi valita kiireetöntä hoitoa antavan hoitoyksikkönsä mistäpäin Suomea tahansa. Asiakkaan valinnanvapauden korostaminen on ollut jo pidempään keskeisessä roolissa esimerkiksi Ruotsissa ja Englannissa (Junnila ym. 2016, Esmail 2013, Keskimäki ym. 2012, Paasovaara ym. 2012).

Muihin valinnanvapautta kehittäneisiin maihin verrattuna suomalaisten terveyspalveluiden käyttäjien valinnanvapaus on kuitenkin melko rajoitettua. Tämän hetkinen lainsäädäntö ei takaa julkisen sektorin palveluita käyttävälle asiakkaalle

mahdollisuutta valita esimerkiksi häntä hoitavaa hoitohenkilökuntaa. Valinnan tehtyään asiakas on myös sidottu valintaansa määräajan. Suomessa asiakkaan on käytettävä valitsemaansa terveysasemaa vähintään vuoden. Tekeillä olevan sosiaali- ja terveydenhuollon uudistuksen yhtenä keskeisenä osana suunnitellaan olevan valinnanvapauden laajentaminen. Uudistuksen myötä oletettavasti yritykset voisivat perustaa esimerkiksi terveysaseman minne haluavat, mikäli ennalta-asetetut kriteerit täyttyvät. Laajentaminen tarkoittaisi samalla sitä, että julkiset palvelut – siltä osin kuin ne toimivat kilpailuilla markkinoilla – joutuvat yhtiöittämään toimintansa. Syksyn 2016 aikana on tarkoitus määritellä valinnanvapaus tarkemmin, esimerkiksi se, mitä palveluita on valinnanvapauden piirissä terveysasemilla.

Miksi valinnanvapautta sitten halutaan lisätä? Ensinnäkin valinnanvapautta on pidetty tärkeänä arvona itsessään. Hoito, etenkin pitkäaikaissairauksien hoito, ei koskaan ole pelkästään palveluntuottajan toimintaa vaan edellyttää asiakkaan sitoutumista ja motivaatiota omahoitoon. Siksi tuottajan ja käyttäjän yhteistyö on olennaista ja valintaa on pidetty asiakkaan ja terveydenhuoltohenkilöstön välistä yhteistyötä edistävänä (esim. Le Grand 2007, Jonsson ym 2013a; Jonsson ym. 2013b). Tässä mielessä valinnanvapaus kattaa myös paljon muuta kuin pelkän hoitopaikan valinnan. Goodwin ym. (2012) ovat todenneet, että valinnanvapauden keskeinen ydin on asiakkaan tietoon perustuvien valintojen tekeminen hoitonsa ja hoitovaihtoehtojensa suhteen.

Valinnanvapautta lähestytään toisaalta myös markkinoiden luomisen näkökulmasta. Esimerkiksi Ruotsissa ajatuksena on ollut, että kilpailu asiakkaista johtaa palveluiden parempaan laatuun ja saatavuuteen (Ahgren & Axelsson 2011, Esmail 2013, Hartman 2011). Valinnanvapaudella on pyritty ennen kaikkea vaikuttamaan markkinoiden syntyyn ja yrityksille on luotu kannusteita asiakkaiden hankintaan. Ruotsissa uusia palveluntuottajia on tullut markkinoille ja samalla palveluiden kysyntä on laajentunut tietyillä alueilla ja tietyissä sairausryhmissä. Valinnanvapauden on etenkin suuremmissa kaupungeissa todettu parantavan hoidon saatavuutta. Palveluiden laadusta ja vaikuttavuudesta ei kuitenkaan ole olemassa selkeitä tutkimustuloksia.

Vaikka asiakkaan valinnanvapaus on terveydenhuollon kehittämisen painopiste useassa maassa, sen yksipuolista korostamista myös kritisoidaan. On esimerkiksi esitetty epäilyjä, ovatko asiakkaat ylipäättään kiinnostuneet valinnasta (Robertson ym. 2011, Schwartz ym. 2005). Valinnan tekeminen ei välttämättä olekaan asiakkaan kannalta aina olennaista, mutta sen sijaan asiakkaille on usein tärkeää tietää, että valinta on ylipäättään mahdollista tehdä (esim. Victoor ym. 2012). Riskinä on pidetty myös sitä, että siirrettäessä palvelujen kilpailuttaminen asiakkaan vastuulle, huonokuntoisimmat asiakkaat eivät kykene vertailemaan palvelun laatua, mikä johtaa palvelujen jakautumiseen entistä epäoikeudenmukaisemmin väestön keskuudessa (Dixon & Le Grand 2006). Valinnanvapauden toimivuus edellyttääkin sitä, että asiakkaat pystyvät vertailemaan hoidon laatua tai saatavuutta. Terveyspalveluiden laadun vertailu on kuitenkin varsin monitahoinen kysymys ja luotettavan vertailutiedon tuottaminen valinnan tueksi on osoittautunut hankalaksi. Tietoon perustuvan

valinnan mahdollistaminen on Suomessa tähän mennessä ollut pitkälti kuntien vastuulla. Niiden tulisi tuottaa palveluiden käyttäjille ymmärrettävää ja selkeästi tulkittavaa tietoa toimintayksikköjensä toiminnan tasosta ja hoitoon pääsystä.

Asiakkaiden valinnanvapauden voidaan katsoa sisältävän kaksi ulottuvuutta (Ogden ym. 2009). Nämä ovat valinnan mahdollisuus (having choice) ja valinnan tekeminen (making choice). Ennen kaikkea valinnan mahdollisuuden on todettu olevan keskeisessä roolissa hoidon koetun laadun kannalta. Itse valinnan tekemisellä on todettu olevan vähäisempi merkitys laatukokemukselle suhteen ja joissain tapauksissa sillä voi olla jopa kielteistä vaikutusta hoidon koettuun laatuun. (Ogden ym. 2009; Barnett ym. 2008.) Siihen, mitä vaikutuksia valinnalla asiakkaan kannalta on, vaikuttaa keskeisesti muun muassa tieto, jonka pohjalta asiakas on voinut tehdä valintansa (Barnett ym. 2008). Valintaa voidaan tehdä myös eri tasoilla, esimerkiksi hoitopaikan, hoitavan henkilökunnan ja hoitomuodon suhteen. Asiakasryhmästä riippuen eri tasolla tehtyjen valintojen tärkeys vaihtelee. Samoin erilaisten asiakkaiden tekemät valinnat riippuvat tilanteesta, jossa valinta tehdään. (Victoor ym. 2012.) Tämän pohjalta voidaan esimerkiksi olettaa, että kroonisesti sairaiden ja palveluja paljon käyttävien ihmisten kohdalla hoitohenkilökunnan ja hoitomuodon valinta saattaa osoittautua tärkeäksi, kun taas ns. lääkäripalvelujen satunnaiskäyttäjien osalta olennaiseksi valinnanvapauden suhteen voi muodostua hoitopaikan sijainti. Valinnan vaikutukset todennäköisesti vaihtelevat eri potilasryhmissä. Pitkäaikaissairaalle henkilölle valinta, joka mahdollistaa palvelujen tehokkaan integraation, on todennäköisesti tärkeämpää kuin sellaiselle asiakkaalle, joka käyttää palveluita vain satunnaisesti (esim. Goodwin ym. 2012, Curry & Ham 2010). Keskeinen muuttuja on sujuva ja tarkoituksenmukainen hoitoprosessi, johon liittyy muun muassa joustava erikoissairaanhoidokonsultaatioiden ja muiden tukipalvelujen toteutuminen. Yhtenä hoidon integraatiota ja koordinaatiota auttavana ratkaisuna on pidetty palveluohjausta (care tai case management) (Eklund & Wilhelmsson 2009).

Palveluiden asiakaslähtöinen integraatio

Väestön ikärakenteen muutokset ja kroonisten sairauksien lisääntyminen edellyttävät uudenlaista ajattelua palveluiden järjestämisessä. Tämä edellyttää vallitsevien toimintakäytäntöjen muuttamista niin, että terveyspalvelujärjestelmissä painottuisi entistä enemmän ennaltaehkäisy, itsehoito, perusterveydenhuolto ja hoidon koordinaatio (Goodwin ym. 2012). Useimmat Länsi-Euroopan maat ovat ryhtyneet muokkaamaan järjestelmiään kohti integroidumpaa ja yhtenäisempää järjestelmää (Nolte ym. 2008). Suomessa terveydenhuoltolaissa (1326/2010) on korostettu vahvasti perusterveydenhuollon, erikoissairaanhoidon ja sosiaalipalvelujen integraatiota (32§, 33§).

Hoidon integraatio on keskeistä etenkin niille asiakkaille, jotka tarvitsevat samanaikaisesti usean eri sosiaali- ja terveydenhuollon ammattilaisen palveluja. Puutteellinen integraatio tarkoittaakin asiakkaalle muun muassa päällekkäisiä tutki-

muksia ja käynnejä. Palvelujen järjestäjän kannalta integraation puute merkitsee tehottomuutta, osaoptimointia ja heikkoa vaikuttavuutta. Hoitoa voidaan integroida usealla eri tavalla ja tasolla. Yhtäältä integraatiota voidaan tarkastella organisaatio-tasolla. Esimerkiksi Ahgrenin ja Axelssonin (2007) esittämässä jatkumossa integraa-tion puuttuminen tarkoittaa toisistaan täysin irrallisia palveluja. Täydellinen integ-raatio puolestaan tarkoittaa sitä, että toimintaan suunnatut resurssit ja hoitoyksiköt ovat saman organisaation alaisuudessa ja ohjauksessa. Crish Ham (2011) nimittää tällaista toimintojen yhdistämistä samaan organisaatioon niin sanotuksi aidoksi in-tegraatiksi (real integration). Toisena vaihtoehtona Ham (2011) esittää integraati-on mallin, jossa eri tasoilla tai sektoreilla vaikuttavat toimijat tekevät yhteistyötä so-pimusten ja verkostojen kautta (virtual integration). Kuitenkin, organisaatiotasoinen integraatio ei useinkaan ole riittävää asiakkaan saumattoman hoidon onnistumisek-si. Integroidun hoidon tulisi tapahtua mahdollisimman lähellä asiakasrajapintaa (Goodwin ym. 2012, Curry & Ham 2010).

Asiakkaan lähtökohdista kumpuavasta palveluiden integraatiosta on olemassa useita erilaisia malleja (esim. Roland ym. 2013, Tynkkynen ym. 2012, Thistlethwai-te 2011). Perusterveydenhuollossa yksi tunnetuimmista palveluintegraation malleis-ta on niin sanottu terveyshyötymalli (Chronic Care Model). Malli juontaa juurensa alun perin Yhdysvalloista, mutta sen sovelluksia on otettu käyttöön esimerkiksi Sak-sassa ja Itävallassa. Viime vuosina myös Suomessa on kehitetty terveystieteiden vas-taanottoa terveyshyötymallin periaatteiden mukaisesti. Terveystieteiden malli (Wagner 1998) on esimerkki toiminnasta, jossa asiakas saa palvelut yhdestä paikasta ja hoidon koordinoinnista vastuussa oleva henkilö huolehtii palveluiden yhteenso-vittamisesta. Mallia on tutkittu melko laajasti ja sen on kansainvälisesti todettu vai-kuttavan voimakkaasti hoidon laatuun, vaikuttavuuteen ja tehokkuuteen (Boden-heimer ym. 2002, Coleman ym. 2009). Pitkäaikaissairaiden palveluiden integrointi, moniammatillinen tiimityö, hoidon koordinointi ja itsehoito ovat mallin olennai-sia osia. Tässä tutkimushankkeessa terveyshyötymalli oli keskeinen toimintamal-li, jonka kautta palveluiden integraatiota tarkasteltiin.

Valinnanvapauden ja asiakaslähtöisen integraation yhteensovittaminen

Valinnanvapaus on monissa maissa keskeinen palvelujärjestelmien kehittämisen kohde (esim. Olejaz ym. 2012, Victoor ym. 2012, Le Grand 2007). Samanaikaises-ti etenkin pitkäaikaissairaiden potilaiden hoidossa on tärkeänä kehittämisen paino-pisteenä pidetty palvelujen asiakaslähtöistä integraatiota (esim. Goodwin ym. 2012, Cumming 2011, Ahgren & Axelsson 2007). Valinnanvapaus ja palveluiden integ-raatio voidaan molemmat nähdä palveluiden järjestämisen malleina, joilla tavoitel-laan toiminnan laadun, tehokkuuden ja asiakaskeskeisyyden parantamista. Riippu-en siitä, miten valinnanvapaus ymmärretään, voivat toimintamallien sisäiset logiikat tuottaa toisilleen täysin vastakkaisia tai ainakin osin samansuuntaisia lopputuloksia.

Monessa maassa pyritään tällä hetkellä löytämään ratkaisuja sille, millaisilla palvelujen järjestämismalleilla voidaan yhtä aikaa taata asiakkaille riittävä palvelujen kehittymistä tukeva valinnanvapaus, mutta mahdollistaa asiakkaan hoidon kannalta optimaalinen hoidon integraatio (Nolte ym. 2008).

Jos valinnanvapaus ymmärretään markkinaehtoisena toimintamallina, jossa yksi keskeinen elementti on palveluntuottajien välisen kilpailun korostaminen on valmistelutyö valinnan ja integraation yhteensovittamiseksi tehtävä erityisen hyvin. Äärimmillään valinnanvapaus voi johtaa palveluiden ostamiseen eri tahoilta, tuottaa hankalasti hahmotettavan palvelujärjestelmän monine toimijoineen ja näin hankaloittaa palveluiden integraatiota sekä maksajan että asiakkaan näkökulmasta (Ahgren & Axelsson 2011). Toisaalta on esitetty, että valinnanvapautta edistävät tekijät voivat myös edistää integroidumpaa hoitoa (Ham 2012). Asiakkaista tai sopimuksista keskenään kilpailevilla tuottajilla on kannuste järjestää palvelut helposti saataviksi (so. läheisyys ja saatavuus), tukea hoidon jatkuvuutta (so. saada asiakas käymään myös toisen kerran) ja pyrkiä toimivan potilassuhteen muodostamiseen asiakkaidensa kanssa. (Ahgren ja Nordgren 2012.)

Valinnanvapaus voidaan nähdä toimintamallina, jossa kilpailun sijaan korostetaan palvelunkäyttäjän omaa osallistumista ja vaikutusmahdollisuuksia omaan hoitoonsa ja niiden palvelukokonaisuuksien valintaan joita hänen hoidossaan hyödynnetään. Palvelunkäyttäjän omavoimaistumista ja hoitoon sitoutumista edistävänä keinona valinnanvapaus niin palveluntuottajan, hoitavan henkilön kuin hoitomallin suhteen voi olla tapa edistää integraation toteutumista. (vrt. Goodwin ym. 2012.) Tästä esimerkkeinä toimivat esimerkiksi erilaiset henkilökohtaisen budjetoinnin mallit (esim. Glendenning ym. 2008).

Miten valinnanvapaus ja hoidon integraation sitten voidaan toteuttaa ja missä tilanteissa se on tarpeellista? Käsitlemme sitä seuraavaksi käymällä läpi tutkimuskirjallisuudesta löydettäviä toimintamalleja.

Mitä valitaan?

Integraation ja valinnanvapauden yhteensovittamisessa keskeisessä roolissa ovat palveluiden järjestäjät tai tilaajat. Se, millaisiin toimintayksiköihin valinnanvapaus voi kohdistua, riippuu pitkälti lainsäädännöstä, mutta myös tilaajan valinnoista (Goodwin ym. 2012). On eri asia valitseeko asiakas itselleen palveluntarjoajan kuhunkin hoitotapahtumaansa erikseen vai onko hänellä mahdollisuus valita esimerkiksi hoitotiimejä, joissa ammattilaisten asiantuntijuus on integroitu yhteen hoitopakettiin. Näissä tapauksissa integraatiolla tarkoitetaan yleensä tiettyjen sairauksien hoitoon suunnattua palvelukokonaisuutta (Leichsenring ym. 2015; Ahgren ja Nordgren 2012; Ahgren 2010). Esimerkiksi Ruotsissa Stjernqvist (2016) ehdotti pitkäaikaissairaiden osalta nykyisenkaltaisen valinnanvapauden muuttamista niin, että asiakas terveysaseman valinnan sijaan valitsisikin moniammatillisen, liikkuvan hoi-

totiimin. Tämä ajatus sisältyi myös Mats Brommelsin johtaman valinnanvapauden toteuttamistapoja Suomessa selvittäneen työryhmän esityksiin.

Laajan integraation malleissa huomiotta voi kuitenkin jäädä, että diabetespotilas voi tarvita mielenterveyspalveluita tai syöpäpotilas päihdepalveluita. Jos asiakas valitsee tietyn hoitokokonaisuuden, voikin vaarana olla, että palvelut muuttuvat järjestelmäkeskeisiksi ja valittuun pakettiin ei sisällykään yksittäisen asiakkaan kannaltaan tarpeellisia palveluja. Toinen vaara suurten tai pitkälle integroitujen kokonaisuuksien valinnassa on, että pienten palveluntuottajien on hankala osallistua näiden palveluiden tuottamiseen. Tällöin riskinä on markkinoiden keskittyminen muutamalle isolle palveluntuottajalle eikä todellista kilpailua palveluntuottajien välillä synny. Näin on jo käynyt esimerkiksi vanhojen ihmisten asumispalveluissa ja perusterveydenhuollon kokonaisulkoistuksissa (esim. Lith 2012).

Toinen vaihtoehto on, että asiakas valitsee itselleen hoidon ohjaamisesta vastaavan ammattilaisen tai palveluintegraattorin, joka koordinoi asiakkaan hoitoa ja vastaa asiakkaan hoitoprosessin kokonaisuuksista. Kulloinkin tarvittavat palvelut valitaan palveluntuottajaverkostosta, jonka hallinnoinnista vastaa erillinen toimija. Tämän kaltaisia toimintamalleja on kehitetty muun muassa Tampereella vanhojen ihmisten kotihoidossa. (ks. Tynkkynen ym. 2012). Toimintamallin esikuvaa voidaan hakea myös Yhdysvalloissa kehitetyistä *Accountable Care Organisations* -toimintamalleista, joissa yksi toimija tai toimija verkosto on vastuussa tietyn asiakasryhmän hoidosta (esim. Liddell & Welbourn 2012; Fisher 2010). Myös henkilökohtaisen budjetoinnin mallit voivat toimia esimerkkinä tällaisesta integraatiota tukevasta valinnasta (esim. Glendenning ym. 2008).

Edellä kuvattujen mallien etuna on, että myös pienet palveluntuottajat voivat osallistua palveluiden tuottamiseen. Palveluintegraatiosta vastaavia toimijoita ei sen sijaan voi ainakaan kaikilla alueilla toimia monta. Lisäksi se mahdollistaa yksilöllisten hoitokokonaisuuksien räätälöinnin kulloinkin käsillä olevaan ongelmaan. Palvelukokonaisuuksiin on myös tarvittaessa mahdollista sisällyttää sekä julkisesti kustannettuja että asiakkaan itse tai esimerkiksi omaisten maksamia palveluja, jolloin asiakkaan koko palveluiden kirjosta saadaan parempi kokonaiskuva (vrt. Tynkkynen ym. 2012). Mallia voidaan kuitenkin kritisoida siitä, että se saattaa antaa hoidon ohjauksessa liikaa valtaa yksittäiselle ammattilaiselle (Leichsenring ym. 2015). Lisäksi on huomioitava palveluntuottajaverkoston hallinnoinnista ja laadunvalvonnasta aiheutuvat transaktiokustannukset.

Mistä kilpaillaan ja mistä maksetaan?

Integraation toteutumiseen voidaan vaikuttaa myös palveluiden hinnoittelumalleilla ja muilla kannusteilla (Pullon ym. 2009). Tuottajien välinen kilpailu voi hyvin ohjattuna toimia katalyyttinä uusien, innovatiivisten toimintamallien syntymiselle. Palveluiden järjestäjällä on kuitenkin oltava tarvittavaa osaamista ja hyvä tieto siitä, millaisia sosiaali- ja terveyspalveluiden tarpeita väestöllä on (Junnila ym. 2012). Ti-

laajan ja tuottajien välisen yhteistyösuhteen rakentaminen on integroitujen palvelukokonaisuuksien näkökulmasta ensiarvoisen tärkeää (vrt. Tynkkynen 2013).

Integraation kannalta keskeistä on myös se, mistä tuottajat kilpailevat. Jos tuottajien palvelupertuaari on hyvin kapea ja kilpailu tapahtuu yksittäisistä asiakkaista, voi valinnanvapaus johtaa yksittäisten palveluiden ostamiseen eri tahoilta, tuottaa hankalasti hahmotettavan palvelujärjestelmän monine toimijoineen ja näin hankaloittaa palveluiden integraatiota sekä maksajan että asiakkaan näkökulmasta (Ahgren ja Nordgren 2012; Ahgren & Axelsson 2011). Integraatiota tukevat kilpailulliset mallit tulisikin rakentaa niin, että ne perustuvat yksittäisten palveluiden sijaan suurempiin kokonaisuuksiin, joiden kautta voidaan tuottaa integroituja palveluita niitä tarvitseville asiakkaille (ks. esim. Leichsenring ym. 2015). Jos pienten palveluntuottajien osallistumista palveluiden tuotantoon halutaan tukea, on kuitenkin pohdittava, millaisilla toimintamalleilla palveluntuottajien yhteistyötä saadaan edistettyä siten, että integraation vaade ei johda markkinoiden keskittymiseen (ks. esim. Liddell & Welbourn 2012; Tynkkynen et al. 2012; Fisher 2010).

Mikäli palvelut hinnoitellaan puhtaasti käyntimäärien mukaan, hinnoittelu kannustaa tuottamaan tehokkaasti paljon potilaskäyntejä. Toisaalta, mikäli palvelu hinnoitellaan vain listautuneiden asiakkaiden tai väestömäärän mukaisesti, kannustetaan palveluntuottajia tuottamaan mahdollisimman vähän palveluita. Erityisesti kroonisesti sairaiden palveluissa kannusteita tulisi rakentaa tukemaan moniammatillisella yhteistyöllä tuotettavan terveyshyödyn aikaansaamista, kun taas satunnaisemmin vastaanotolla käyvillä jopa käyntipainotteinen hinnoittelu voi olla soveltuvien ratkaisu. Esimerkiksi Cumming (2011) on osoittanut, että vaikka tehdään laajoja talouteen, organisaatioon, suunnitteluun tai palveluntuotantoon liittyviä uudistuksia, käytännön tasolla asiakkaan hoidon integraatio ei parane. Valinnanvapaus muuttaa palveluiden suunnittelua. Palveluntuottajien on pystyttävä vastaamaan muuttuvaan kysyntään ja samalla varmistaa se, että uusien ja muualle lähtevien asiakkaiden hoitosuhteet jatkuvat palveluntarjoajan vaihtuessa. Potilastietojärjestelmien toimivuus on erityisesti tällaisissa tilanteissa tärkeää (Curry & Ham 2010).

Tiedon saanti ja yhteistyö

Potilastietojärjestelmien toimivuus on erityisen tärkeää kun palveluiden integraatiota pyritään aikaansaamaan ympäristössä, jossa palveluntuottajat kilpailevat keskenään (Curry & Ham 2010). Valinnanvapaus muuttaa palveluiden suunnittelun logiikkaa, kun palveluntuottajien on pystyttävä vastaamaan muuttuvaan kysyntään ja samalla varmistaa se, että uusien ja muualle lähtevien asiakkaiden hoitosuhteet jatkuvat myös palveluntarjoajan vaihtuessa.

Asiakkaan näkökulmasta tiedonsaanti valinnan tueksi on ensiarvoisen tärkeää. Tietoa tarvitaan ainakin saatavilla olevista palveluista, palveluiden laadusta ja saatavuudesta. Tiedon tarve korostuu entisestään kun kyseessä on monimutkaisten palveluiden kokonaisuus. Tällöin myös tiedon tulkinta voi olla haastavaa. Perus-

terveydenhuollon käyttäjille tehdyn kiireettömän hoitopaikan valintaa käsittelevän kyselyn mukaan kroonisesti sairaat ja paljon palveluita käyttävät asiakkaat kokivat tiedon saannin ja tuen heikommiksi kuin ne jotka käyttivät palveluita satunnaisesti ja joilla ei ollut pitkäaikaissairautta. Valinnanvapausmallin valmistelussa olisi-kin pohdittava, millaisia asiakkaan tiedon hankintaa ja tulkintaa tukevia toimintamalleja tulisi kehittää, jotta myös kaikista haavoittuvimmilla asiakasryhmillä olisi mahdollisuus hyödyntää valintaa palveluntarpeittensa edellyttämällä tavalla.

Palveluiden tilaajien on saatava vertailukelpoista tietoa tuottajien toiminnasta. Erityisen tärkeää tämä on tilanteessa, jossa hoidon kokonaisuuteen osallistuu paljon erilaisia palveluntuottajia. Laajan palveluverkoston toiminnan koordinointi edellyttää tiivistä yhteistyötä niin tilaajien ja tuottajien kuin eri palveluntuottajien välillä (Tynkkynen 2013; Fredrikson ym. 2012).

Integraation ja valinnan yhteensovittaminen Suomen erityispiirteet huomioon ottaen?

Suomi poikkeaa muista maista sekä valinnanvapauden että hoidon integraation suhteen. Suomessa valinnanvapauten ei ole suoraan kytketty kannusteita palvelujen tuottajille tai henkilöstölle. Korvausjärjestelmiä palveluntuottajille ollaan vasta kehittämässä. Lisäksi yksityinen palveluntuotanto on kuntien tai kuntayhtymien kilpailuttamaa toimintaa, jossa kunta tai kuntayhtymä määrittää, minkälaista palveluntuotantoa halutaan ja missä se sijaitsee. Onkin luultavaa, että Suomessa nyky- muotoisen valinnanvapausjärjestelyn vaikutukset palvelujen laatuun jäävät oletettua vähäisimmiksi. Hoidon integraatiossa Suomi on ollut palvelujärjestelmän rakenteen takia muita maita pidemmällä. Palveluiden järjestäminen kunnissa ja laajan palveluvalikoiman tarjoava terveyskeskusjärjestelmä on mahdollistanut, ainakin periaatteessa, eri sektoreiden yhteistoiminnan ja palvelujen integroinnin paremmin kuin hajanaisissa ja monitasoisissa palvelujärjestelmissä. Suomi poikkeaa muista maista myös siinä, että suurin osa työikäisestä väestöstä käyttää työterveyshuoltoa, minkä vuoksi pitkäaikaissairaat painottuvat terveyskeskusten asiakaskunnassa.

Suomalaisen järjestelmän kehittämisen kannalta on keskeistä ymmärtää, miten muissa maissa valinnanvapauden ja hoidon integraation välinen tasapaino on ratkaistu. Tutkimusaihe on Suomen kannalta ajankohtainen, sillä valinnanvapautta ei vielä ole toteutettu niin laajamittaisesti kuin monessa muussa maassa. Ennen kuin valinnanvapautta laajennetaan Suomessa, on oltava perillä muiden maiden kokemuksista, muun muassa siitä, millaisia asioita tulee ottaa huomioon valinnanvapautta edistettäessä, miten valinnanvapausjärjestelmiin voidaan rakentaa toimivia kannustinrakenteita ja miten valinnanvapaus voidaan yhdistää palvelujen integraatioon ja muihin palvelujen laatuun ja vaikuttavuutta korostaviin kehittämislinjauksiin.

Palveluiden järjestämisestä vastaavat ja palveluita tuottavat organisaatiot ovat valinnanvapauden ja hoidon integraatiossa paradoksaalisessa tilanteessa. Näiden tahojen pitäisi taata perusterveydenhuollon asiakkaille riittävästi valinnanmahdolli-

suuksia, mutta samanaikaisesti on varmistettava, että hoito ei sirpaloidu liikaa valinnanvapauden seurauksena (Goodwin 2012). Kannusteet, joita palveluiden tuottajille sopimuksissa asetetaan, ovatkin keskeisessä roolissa sekä valinnanvapauden toteutumisessa että hoidon integraatiossa. Tuottajilla tulisi olla kannusteet hankkia asemalleen asiakkaita hyvän palvelun avulla, mutta samaan aikaan tuottajien tulee varmistaa, etteivät asiakkaiden hoitoketjut katkea silloin, kun asiakas tarvitsee palveluita useilta eri palveluntuottajilta. Oman haasteen muodostaa se, miten palvelujärjestelmän ohjaus ja johtaminen sekä toiminnan suunnittelu sopeutuu tilanteeseen, jossa valinnanvapauden seurauksena terveysasemien muuttuvat vastuuväestöt edellyttävät voimavarojen ja palvelukyvyn joustavuutta.

Henkilöstön hyvinvointi erilaisissa perusterveydenhuollon toimintamalleissa

Henkilöstön hyvinvointi, työssä viihtyminen ja työssä pysyminen ovat olleet asiakkaiden hoidon laadun, saatavuuden ja palveluprosessin sujuvuuden ohella keskeinen kysymys terveyskeskustyön kehittämisessä. Useissa tutkimuksissa on todettu, että terveyskeskuksissa erityisesti lääkärit viihtyvät huonosti ja vaihtavat työpaikkaa joko sairaaloihin tai yksityiselle sektorille (esim. Elovainio ym. 2013, Heponiemi ym. 2013). Suomessa sosiaali- ja terveydenhuollon uudistusta on perusteltu myös lääkäreiden työolosuhteilla. Ajatuksena on, että integroimalla perusterveydenhuolto ja erikoissairaanhoito saadaan lääkäreille suurempi työyhteisö (pienen kuntien terveyskeskusten sijaan), joissa on mahdollisuus erikoislääkärin konsultaatioon ja paremmat urakehitysmahdollisuudet.

On kuitenkin epäselvää, miten valinnanvapaus ja hoidon integraatio vaikuttavat henkilöstöön. Mikäli toimitaan ns. Ruotsin mallin mukaisesti ja synnytetään pieniäkin lääkäreiden vastaanottoja (Esmail 2013), voi integraatio kärsiä, konsultaatiomahdollisuudet vähentyä ja henkilöstön hyvinvointi heikentyä. Toisaalta lääkäreiden itsenäisyys ja vaikutusmahdollisuudet omaan työhönsä lisääntyisivät ja edelleen, Ruotsissakin lääkärin vastaanottotoiminnassa organisaatiot ovat yleensä kohtalaisen suuria verrattuna useisiin Euroopan maihin (emt.).

Tässä tutkimushankkeessa terveyshyötymalli oli keskeinen toimintamalli, jonka kautta palveluiden integraatiota tarkasteltiin ja siitä on olemassa tutkimustietoa myös henkilöstön näkökulmasta (Marsteller ym. 2010). Mallin etuna on, että suunnittelemattomat käynnit vähenevät ja usein sairaanhoitajat ottavat asiakkaat ensin vastaan ja koordinoivat hoitoa. Siten liukuhihnamaista vastaanottotoimintaa voidaan vähentää ja suunnitelmallisuutta lisätä. Tutkimusta on kuitenkin vielä hyvin vähän ja yhdistettynä valinnanvapauteen ei lainkaan.

Terveyskeskustyö koetaan erittäin kuormittavaksi ja erityisesti lääkärit vaihtavat työpaikkaa usein. Terveyskeskuksiin on ollut vaikea rekrytoida lääkäreitä. Keskeisiä kuormitustekijöitä ovat kiire, potilaiden monenlaisten terveys- ja sosiaalisten ongelmien yhteen kietoutuminen, vaikutusmahdollisuuksien puute, hankalat työajat

ja yhteistyöongelmat (Elovainio ym. 2010, 2013, Heponiemi ym. 2012, 2013, Kuusio ym. 2012). Erityisesti pitkäaikaissairaat ja monisairaat asiakkaat ovat haasteellisia liukuhihnamaiseksi koetussa vastaanottotoiminnassa (Lämsä ym. 2011).

Useissa maissa on siirrytty kroonisesti sairaiden hoidossa moniammatilliseen tiimityöhön ja hoitajapainotteisiin vastaanottoihin (Nolte ym. 2008). Moniammatillisen tiimityön ongelma on kuitenkin usein puutteellinen luottamus toiseen ammattiryhmään tai vähäinen tietämys ammattiryhmän osaamisesta. Avoin keskustelu ja yhteiset arvot ovatkin moniammatillisen tiimityön ja onnistuneen integraation avaimia. Mikäli hoitoon osallistuvat osapuolet ovat hajallaan eri organisaatioissa, on luottamuksellinen ja toimiva tiimityö vielä hankalampaa kuin työskentely saman katon alla (Legault ym. 2012). Valinnanvapauden ja toimivien markkinoiden luomisen yhtenä lähtökohtana on se, että synnytetään kannusteita kehittää organisaation – tässä tapauksessa – terveysaseman toimintaa siten, että asiakkaat hakeutuvat kyseiselle terveysasemalle. Tämä tarkoittaa uudenlaisten ja tehokkaampien toimintamallien luomista.

Terveyshyötymallissa lähtökohtana on muodostaa asiakkaiden hoidosta suunniteltu kokonaisuus yhtäältä hoidon integraatiota sekä koordinaatiota ja toisaalta asiakkaan omahoitoa parantamalla. Tällä tavoin voidaan parantaa hoidon laatua ja vaikuttavuutta sekä rationalisoida kustannuksia muun muassa vähentämällä satunnaisia käyntejä terveysasemalla. Molemmista lähtökohdista pyrkimyksenä on ollut kehittää vastaanottotoimintaa mahdollisimman tehokkaaksi niin asiakkaan kuin organisaationkin näkökulmasta. Voidaan olettaa, että työprosessi muodostuu henkilöstölle mielekkääksi, kun hoitoprosessi on sujuva eikä toiminnassa ole häiriöitä. Terveyshyötymallin käytössä onkin selviä viitteitä siitä, että asiakkaiden hoidon laadun lisäksi myös henkilöstö kokee mallin mielekkääksi (Boumans ym. 2008). On kuitenkin mahdollista, että syntyy entistä enemmän kuormitusta, mikäli henkilöstöä ja muita voimavaroja ei pystytä kohdentamaan tarkoituksenmukaisesti niillä terveysasemilla, joille asiakkaat vaihtavat. Vastaavasti on mahdollista, että niillä terveysasemilla, joilta asiakkaat siirtyvät muualle, on jo valmiiksi ongelmia johtamisessa tai työn organisoinnissa ja asiakkaiden vaihtaessa terveysasemalta pois, tilanne kriisiytyy entisestään. Olettaessa käyttöön uusia työn ja hoidon organisointimalleja on keskeistä, miten henkilöstö motivoituu näihin malleihin. Tiimityöhön perustuvat mallit eivät toimi automaattisesti, vaan edellyttävät tiimityön kehittämistä (West 1990).

Tutkimuksen tavoitteet ja toteutus

Perusterveydenhuollolle asetettujen tavoitteiden, valinnanvapauden ja hoidon integraation samanaikainen toteuttaminen edellyttää uusien toimintamallien kehittämistä. Lainsäädännössä määritelty valinnanvapaus käsittelee potilaan oikeuksia päättää hoitonsa toteuttamispaikasta. Tämä edellyttää, että palvelujen järjestäjät luovat palvelujärjestelmään rationaaliset puitteet valinnanvapauden toteutumisella. Käytännössä tämä tarkoittaa esimerkiksi sitä, että asiakkailla tulee olla saattavilla riittävät

hoitopaikkavaihtoehtoja kuvaavat tiedot. Palvelujen tuottajien näkökulmasta valinnanvapauden toteutuminen edellyttää palvelujärjestelmältä kannustemekanismeja, joiden perusteella tuottajien on järkevää parantaa palvelujen laatua ja hoitaa aiempaa paremmin ja enemmän potilaita.

Avainkysymys valinnanvapauden toteutumiselle on henkilöstön motivoituminen uusien toimintamallien implementoimiseen sekä uusiin haasteisiin liittyvän työn kuormittavuuden hallinta. Palvelujen järjestäjien näkökulmasta yksityiset ja julkiset palvelujentuottajat yhdistävä monituottajainen palvelujärjestelmä ja laajeneva valinnanvapaus edellyttävät sitä, että kyetään määrittelemään uusi palveluiden järjestämismalli, jossa valinnanvapaus yhdistyy asiakkaan kannalta mielekkäisiin, integroituihin palveluihin ja onnistutaan takamaan palveluiden optimi vaikuttavuus myös vaativilla monisairailta potilailla. Tämän hankkeen tavoitteena oli tukea tällaisen palveluiden järjestämismallin tuottamista.

Tutkimuksen tavoitteena oli selvittää, miten perusterveydenhuollon näkökulmasta on mahdollista yhdistää asiakkaan valinnanvapaus ja asiakkaan kannalta mielekkäät, integroidut palvelut. Valinnanvapautta tutkitaan sekä terveysaseman valintana että lääkärin ja hoitajan sekä hoitomuodon valintana. Palveluiden järjestämisperiaatteita tarkastellaan muun muassa seuraavien kriteerien kautta: pitkäaikaissairauksien hoito, suurkäyttäjien palvelujen toteutus, yhteistyö sosiaalipalveluihin ja muun terveydenhuollon kanssa, asiakastyytyväisyys, hoito erikoissairaanhoidossa, työviihtyvyys, työkuormitus, mallien hyväksyminen organisaatioissa, talous/kustannukset, hoidon saatavuus ja asiakkaan hoitoprosessi. Lisäksi valinnanvapautta tarkastellaan terveysasemien toimintaa ohjaavien kannusteiden kautta, asiakkaiden terveysaseman vaihtamisen syiden sekä heille tarjotun informaation kautta.

Tutkimus jakautui neljään osahankkeeseen. Kaikissa neljässä osahankkeessa tarkasteltiin terveysasemien toimintaa sekä kunnallisissa että yksityisissä palveluissa ja terveysasemilla, joista siirrytään muualle ja terveysasemilla, joille siirrytään. Osahankkeet ovat seuraavat:

1. Kansainväliset kokemukset terveyshyötymallin ja valinnanvapauden yhteensovittamisesta

Osahankkeessa kuvattiin Suomessa käytössä olevia valinnanvapauden ja hoidon integraatioon perustuvia perusterveydenhuollon järjestämistapoja ja arvioitiin niiden periaatteita ja soveltamista suhteessa muissa maissa sovellettuihin malleihin. Keskeisenä kiinnostuksen kohteena oli, millaisia asioita tulisi ottaa huomioon valinnanvapautta edistettäessä. Osahankkeessa vertailtiin kansainvälisesti valinnanvapauden ja hoidon integraation yhdistämisestä saatuja kokemuksia. Vertailtavia tekijöitä olivat muun muassa valinnan tueksi tarjottu tieto, valinnan laajuus sekä integraation ja valinnanvapauden yhdistäminen.

2. Uudet asiakaslähtöiset toimintamallit asiakkaan näkökulmasta

Osahankkeessa kuvattiin asiakkaiden terveysaseman valintaan vaikuttavia tekijöitä, tietoa valinnan pohjana, asiakasprosesseja, hoidon integraatiota ja asi-

akkaan kokemuksia hoidosta, kun hoito on organisoitu eri tavoin. Edelleen selvitettiin mitkä asiakasryhmät hyödyntävät valinnanvapautta, millä perusteilla käyttäjät tekevät valintansa ja poikkeavatko valintojen perusteet eri väestö- ja käyttäjäryhmillä (esim. iän, sukupuolen ja terveydentilan suhteen)?

3. Uudet asiakaslähtöiset toimintamallit palveluita tilaavien ja tuottavien organisaatioiden kannalta

Osahankkeessa tarkasteltiin, miten valinnanvapauden ja terveyshyötymallin soveltaminen vaikuttavat toisaalta palvelujen järjestämisestä vastuussa olevien kuntien ja toisaalta palveluita tuottavien organisaatioiden toimintaan. Keskeisiä kysymyksiä olivat: Miten terveysasemat ja organisaatiot ovat valmistautuneet valinnanvapauteen ja reagoivat muuttuneeseen tilanteeseen? Miten resurssien suunnittelussa pystytään mukautumaan muuttuviin vastuuväestöihin? Minkälaisia kannusteita ja sopimusmalleja on luotu yksityisille ja julkisille terveysasemille? Millä perusteilla kustannukset korvataan terveysasemille? Miten asiakkaan hoidon integraatio hoidetaan tämän kaltaisessa muuttuvassa ympäristössä?

4. Uudet asiakaslähtöiset toimintamallit henkilöstön näkökulmasta

Osahankkeessa analysoitiin sitä, miten valinnanvapauden ja toisaalta terveyshyötymallin soveltaminen vaikuttavat henkilöstön toimintaan ja työhyvinvointiin. Keskeisiä kysymyksiä olivat: Onko työn organisoinnissa ja työprosessissa eroja eri tavoin järjestetyillä terveysasemilla? Onko henkilöstön kuormituksessa, työssä viihtymisessä, sitoutumisessa ja työpaikan vaihtohalukkuudessa eroja eri tavoin järjestetyillä terveysasemilla?

Tämän raportin artikkelit käsittelevät valinnanvapautta ja hoidon integraatiota näistä näkökulmista. Osa raportin tutkimustuloksista on raportoitu muualla, osa raportoidaan tässä raportissa ensimmäistä kertaa. Hankkeeseen osallistuivat Espoon, Hämeenlinnan, Tampereen ja Lahden kaupungit sekä näissä toimivat yksityiset palveluntuottajat Pihlajalinna, Mediverkko (nytemmin Mehiläinen) ja Attendo (Orimattila). Tutkimus perustuu johdon ja työntekijöiden haastatteluihin, terveysasemien asiakaskyselyihin ja terveysasemaa vaihtaneiden kyselyihin. Hankkeessa käytetyt tutkimusmenetelmät on esitelty liitteessä tarkemmin. Asiakaskyselyihin osallistuivat näiden tutkimuskuntien lisäksi kaikki muut Suomen suurimmat kunnat, joten vastaajamäärä oli 9004. Terveysasemaa vaihtaneiden kyselyyn osallistui neljästä kunnasta 443 työntekijää. Yhteensä 41 johdon ja esimiesten edustajaa haastateltiin sekä 62 terveydenhuollon ammattilaista (lääkäreitä ja hoitajataustaisia). Lisäksi toteutettiin pohjoismaisesta kirjallisuudesta, raporteista ja asiakirjoista kohdennettu kirjallisuuskatsaus sekä asiantuntijaseminaari.

LÄHTEET:

- Ahgren, B. & Axelsson, R. 2007. Determinants of integrated health care development: chains of care in Sweden. *The International Journal of Health Planning and Management*, 22:145–57
- Ahgren, B. & Axelsson, R. 2011. A decade of integration and collaboration: the development of integrated health care in Sweden 2000–2010. *International Journal of Integrated Care*, 11, ISSN 1568-4156, 9 March 2011
- Ahgren B & Nordgren L. 2012. Is choice of care compatible with integrated health care? An exploratory study in Sweden. *Int J Health Plan Mgmt* 27; e162-e172.
- Barnett, J., Ogden, J. & Daniells, E. 2008. The value of choice: a qualitative study. *Br J Gen Pract* 58(554): 609-13.
- Bodenheimer, T., Wagner, E. & Grumbach, K. 2002. Improving primary care for patients with chronic illness. The chronic care model, part 2. *Journal of American Medical Association*, 288, 1909-1914.
- Boumans, N., Berkhout, A., Vijgen, S., Nijhuis, F. & Vasse, R. 2008. The effects of integrated care on quality of work in nursing homes: a quasi-experiment. *Int J Nurs Stud*. 2008 Aug;45(8):1122-36. Epub 2007 Oct 24.
- Coleman, K., Austin, B., Brach, C., & Wagner, E. 2009. Evidence on the chronic care model in the new millennium. *Health Affairs*, 28, 75-85.
- Cumming, J. 2011. Integrated care in New Zealand. *International Journal of Integrated Care*, Jan-Dec; 11(Special 10th Anniversary Edition): e138.
- Curry, N. & Ham, C. 2010. Clinical and service integration. The route to improved outcomes. London: The King's Fund.
- Dixon, A. & Le Grand, J. 2006. Is greater patient choice consistent with equity? The case of the English NHS. *J Health Serv Res Policy* 2006 11: 162
- Eklund, K. & Wilhelmsson, K. 2009. Outcomes of coordinated and integrated interventions targeting frail elderly people: a systematic review of randomized control trials. *Health and Social Care in the Community*. 17(5):447-458.
- Elovainio, M., Kuusio, H-M., Aalto, A., Sinervo, T. & Heponiemi, T. 2010. Insecurity and shiftwork as characteristics of negative work environment: psychosocial and behavioral mediators. *Journal of Advanced Nursing*, 66, 1080-1091.
- Elovainio, M., Salo, P., Jokela, M., Heponiemi, T., Linna, A., Virtanen, M., Oksanen, T., Kivimäki, M., & Vahtera, J. (2013). Psychosocial factors and wellbeing among Finnish GPs and specialists: A 10-year follow-up. *Occupational and Environmental Medicine*, 70, 246-251.
- Esmail, N. 2013. Health care lessons from Sweden. Fraser institute. Lessons from abroad, a series on health care reform. May 2013.
- Fisher ES. 2010. Accountable care organizations: accountable for what, to whom, and how. *Journal of the American Medical Association*, 304: 1715-16.
- Fredriksson S., Junnila M. & Tynkkynen L-K. 2012. Palvelujen hankinta yksityisiltä palveluntuottajilta. Teoksessa Junnila M. ym. (toim.) Sitä saa mitä tilaa. Tilaaja-tuottaja toimintatavan kehittyminen sosiaali- ja terveystalveissa. Helsinki: Terveysten ja hyvinvoinnin laitos, 89-117.
- Glendenning C., Moran N. & Knapp M ym. 2008. The Evaluation of the Individual Budgets Programme: Final Report. London: Department of Health.
- Goodwin, N. ym. 2012. Integrated care for patients and populations: Improving outcomes by working together. Lontoo: The King's Fund ja Nuffield Trust.
- Ham C. 2012. Competition and integration in the English National Health Service. *International Journal of Integrated Care* 12(June), e126.
- Ham, C. 2011. The wrong kind of integration. *Health Serv J.*, 121(6275):18.
- Hartman, L. (ed.) 2011. Konkurensens konsekvenser. Vad hander med svensk välfärd? SNS Förlag.
- Heponiemi, T., Kouvonen, A., Aalto, A-M. & Elovainio, M. 2012. Psychosocial factors in general practitioner (GP) work: The effects of taking up a GP position or leaving the GP work. *European Journal of Public Health*, 28
- Heponiemi, T., Kouvonen, A., Sinervo, T. & Elovainio, M. 2013. Is public health care sector a more strenuous working environment for physician than private sector? *Scandinavian Journal of Public Health*, 41, 11-17.
- Jonsson, P. M. & Virtanen, M. 2013a. Miten valinnanvapaus voidaan toteuttaa terveydenhuollossa. *Suomen Lääkärilehti* 33/2013 (68), 1990-1993.

- Jonsson, P. M. & Virtanen, M. 2013b. Valinnanvapaus potilaan näkökulmasta. Suomen Lääkärilehti 34/2013 (68), 2070-2073.
- Junnila M., Hietapakka L. & Whellams A. (toim.) 2016. Hallintoalmaisesta aktiiviseksi valitsijaksi. Valinnanvapauden muotoutumien sote-palveluissa. Raportti 11 Terveiden ja hyvinvoinnin laitos: Helsinki.
- Junnila M., Aho, T., Fredriksson, S., Keskimäki, I., Lehto, J., Linna, M., Miettinen, S. & Tynkkynen, L-K (toim.) 2012. Sitä saa mitä tilaa. Tilaaaja-tuottaja -toimintatavan kehittyminen sosiaali- ja terveyspalveluissa. Helsinki: Terveiden ja hyvinvoinnin laitos.
- Keskimäki, I., Tynkkynen, L-K., Miettinen, S. & Lehto, J. 2012. Kansainvälisiä kokemuksia tilaaja-tuottaja-toimintatavoista: Englanti, Uusi-Seelanti ja Ruotsi. In: Junnila M, et al., editors. Sitä saa mitä tilaa. Tilaaaja-tuottaja toimintatavan kehittyminen sosiaali- ja terveyspalveluissa. Terveiden ja hyvinvoinninlaitos: Helsinki. p. 56-74.
- Kuusio, H., Heponiemi, T., Aalto, A-M., Sinervo, T. & Elovainio, M. (2012). Differences in wellbeing between GPs, medical specialists, and private physicians: The role of psychosocial factors. Health Services Research, 47, 68-85.
- Le Grand, J. 2007. The Other Invisible Hand: Delivering Public Services through Choice and Competition. Princeton University Press.
- Leichsenring K., Rodrigues R. Winkelmann J. & Falk R. 2015. Integrated Care, Choice and Competition. Challenges and strategies of care coordination in the context of market-oriented governance in Germany and Sweden. European Center for Social Welfare Policy and Research, Vienna.
- Liddell A, & Welbourn D. 2012. Accountable care – aligning incentives with outcomes. Journal of Integrated Care, 20(3): 138-145.
- Lith P. 2012. Palveluasumisen markkinat Suomessa 2010-luvun vaihteessa. Tilastollinen selvitys toimialan palvelukysynnästä, palveluntuottajista ja yritystoiminnan kehityksestä. TEM raportteja 24/2012.
- Legault, F., Humbert, J., Amos, S., Hogg, W., Ward, N., Dahbrouge, S., & Ziebell, L. 2012. Difficulties encountered in collaborative care: logistics trumps desire. Journal of American Board of Family Medicine, 25, 168-176.
- Lämsä, R., Larivaara, M., Heponiemi, T., Elovainio, M. 2011. Terveyskeskuslääkäri kärsii tai nauttii työn hajanaisuudesta. Suomen Lääkärilehti. 66 (24):2009-2013.
- Marsteller, JA, Hsu, YJ, Reider, L, Frey, K, Wolff, J, Boyd, C, Leff, B, Karm, L, Scharfstein, D, & Boulton C. 2010. Physician satisfaction with chronic care processes: a cluster-randomized trial of guided care. Ann Fam Med. 2010 Jul-Aug;8(4):308-15.
- Nolte, E., McKee, M. & Knai, C. 2008. Managing chronic conditions: an introduction to the experience in eight countries. In E. Nolte, C. Knai & M. McKee. Managing chronic conditions. Experience in eight countries. European observatory studies series 15. 1-15.
- Ogden, J., Daniells, E. & Barnerr, J. 2009. When is choice a good thing? An experimental study of the impact of choice on patient outcomes. Psychol Health Med, 14(1):34-47.
- Olejaz, M., Nielsen, A., Rudkjøbing, A., Birk, H., Krasnik, A. & and Hernández-Quevedo, C. 2012. Health Syst Transit 14(2):i-xxii, 1-192 PMID 22575801
- Paasovaara, K., Melin, T., Tuominen-Thuesen, M. & Juntunen, E. 2012. Valinnanvapaus perusterveydenhuollossa. Kokemuksia Ruotsin ja Suomen käytännöistä. KL-kustannus. Sitran julkaisusarja 301.
- Pullon, S., McKinlay, E., & Dew, K. 2009. Primary health care in New Zealand: the impact of organisational factors on teamwork. British Journal of General Practice 59, 191-197.
- Robertson, R. & Burge, P. 2011. The impact of patient choice of provider on equity: analysis of a patient survey. J Health Services Research Policy 2011, 16:22-28
- Roland, M., Lewis, R. & Steventon, A. ym. 2013. Does integrated care deliver the benefits expected? Findings from 16 integrated care pilot initiatives in England. Policy Brief. Rand Europe, Cambridge 2013.
- Schwartz, L., Woloshin, S. & Birkmeyer, J. 2005. How do elderly patients decide where to go for major surgery? Telephone interview survey. BMJ, 331:821-827.
- Thistlethwaite, P. 2011. Integrating health and social care in Torbay: Improving care for Mrs Smith. London: The King's Fund.
- Tynkkynen L-K. 2013. Towards Partnership? Studies on public-private collaboration in health and elderly care services in Finland. Tampere: Tampere University Press.

- Tynkkynen, L-K., Hakari, K., Koistinen, T., Lehto, J. & Miettinen, S.. 2012. Integrating public and private home care services: the Kotitori model in Tampere, Finland. *Journal of Integrated Care*, 20(5), pp. 284–295.
- Victoor, A., Delnoij, DMJ., Friele, RD. & Rademakers JJDJM. 2012. Determinants of patient choice of healthcare providers: a scoping review. *BMC Health Services Research*, 12:272
- Wagner, J. 1998. Chronic Disease Management – What Will it take to Improve Care For Chronic Illness. *Effective Clinical Practice* 1, 2-4.
- West M. A. 1990. The social psychology of innovation in groups. Teoksessa M. A. West & J. L. Farr (toim.) *Innovation and creativity at work: Psychological and organizational strategies*. Wiley, Chichester, 309–333.

VALINTA JA INTEGRAATIO SUOMEN TERVEYDENHUOLLON AIEMMISSA MUUTOSVAIHEISSA

Juhani Lehto

Valinta ja integraatio ovat olleet esillä Suomen terveydenhuoltopolitiikan keskeisissä uudistuksissa ja muutoksissa vähintään 1960-luvun sairausvakuutuslain valmisteluista alkaen. Tässä artikkelissa esitetään tiivistetysti keskeisiä muutospyrkimyksiä 1960-luvulta 2000-luvulle (ks. myös Lehto ym 2016).

Sairausvakuutuslaki

Suomessa sairausvakuutuslain valmistelussa 1940-luvun lopulta 1960-luvulle oli sairauskustannusten tasauksen ja avohoidon saatavuuden lisäksi esillä potilaan oikeus valita lääkäriinsä ja toisaalta lääkärin oikeus valita, minkä suuruisen palkkion hän palvelustaan perii (Niemelä 2014). Palkkioiden ja sairausvakuutuskorvausten irrottaminen toisistaan on mahdollistanut potilaiden maksamien omavastuuosuuksien monikertaistumisen. Suoran hakeutumisen erikoislääkärille on taas katsottu olevan ristiriidassa tarkoituksenmukaisen hoidon porrastuksen kanssa. Nykykäsittein hoidon porrastuksen sijasta puhuttaisiin luultavasti hoidon vertikaalisesta integraatiosta. Vaikka omavastuuosuuksien kohoaminen ja hoidon porrastuksen ongelmat ovat olleet esillä toistuvasti, kerran säädettyä perusratkaisua ei ole kyetty muuttamaan.

Kansanterveyslaki

Kansanterveyslain voimaantulon aikoihin 1970-luvun alussa (esim. Aer 1975) potilaan mahdollisuus valita hoitava lääkäri tai muu ammattilainen ei näytä olleen keskeisessä asemassa (ks. esim Aer 1975). Tärkeintä oli saada ylipäänsä lääkäripalvelut kaikkien ulottuville. Asiakkaan ja potilaan itsemäärämisoikeus ja oikeus omiin valintoihin oli tosin samaan aikaan vahvasti esillä mielenterveys- ja sosiaalihuollon uudistusvaatimuksissa, joita muun muassa Marraskuun liike ja Sosiaalihuollon periaatekomitea (1971) esittivät. Samaan aikaan Suomea pidettiin kansainvälisestikin integraation edelläkävijänä, kun perustettaviin terveyskeskuksiin pyrittiin kokoamaan yhdeksi kokonaisuudeksi perustason sairaanhoito, ehkäisevän terveydenhuolto ja fyysiseen ja sosiaaliseen ympäristöön sekä yhteisöihin kohdistuva terveyden edistäminen. (Lehto 2012) Horisontaalisen integraation sijasta puhuttiin yhteenkokoamisesta ja perusterveydenhuollon sijasta kansanterveystyöstä.

Terveyskeskuksia rakennettaessa asiakastason integraation esikuvia saatiin erityisesti äitiys- ja lastenneuvoloista, joiden mallia esitettiin levitettäväksi myös muiden väestöryhmien palveluihin (Aer 1975). Neuvoloissa keskeinen hoidon integraatiosta huolehtija oli terveydenhoitaja. Terveyskeskusten vastaanottotoimintaa kehitettäessä viitattiin toistuvasti esimerkiksi Englannin, Hollannin ja Tanskan listautumisjärjestelmiin. Listautumisjärjestelmässä tavoite oli pysyvä omalääkärisuhde, jossa potilas voi valita tarjolla olevista yleislääkäreistä oman lääkärinsä (Aer 1975; Vohlonen 1989; Kokko 1990).

Suomessa kokeiltiin perusterveydenhuollon omalääkärijärjestelmiä 1980- ja 1990-luvuilla. Omalääkärilistat muodostettiin yleensä asukkaan asuinalueen perusteella. Asukkaalla oli kuitenkin mahdollisuus valita myös toisin tekemällä esitys jonhonkin toiseen listaan kuulumisesta (Vohlonen 1989; Mäkelä ym. 1996). Omalääkärikokeiluilla käynnistetty kehitys kuitenkin pysähtyi. Syinä on pidetty omalääkärimallin edistämiseksi solmitun työehtosopimuksen kalleutta työnantajalle ja lääkäreille ylisuurten vastuupotilasmäärien aiheuttamaa työn rasittavuutta (Lehto 2012).

Viimeisin terveyskeskusvastaanottotoimintaan liittyvän hoidon integraatiota tukeva ohjelma on ollut sosiaali- ja terveysministeriön Toimiva terveyskeskus-hanke ja sitä jatkanut Kaste-ohjelman Potku-hanke. Näissä hankkeissa on pyritty edistämään ennen kaikkea kroonisesti sairaiden potilaiden hoidon integraatiota. Keskeisiä keinoja ovat olleet yhteinen palvelusuunnitelma ja potilaille nimetty palveluohjauksesta vastaava työntekijä (Lehto 2012).

Sosiaalihuollon ja terveydenhuollon hallinnollinen ja rahoituksellinen integraatio

Sosiaalihuollon ja perusterveydenhuollon integraatiolla on pitkä historiallinen perinne. Jo kansanterveyslakia säädettäessä hallinnon rakentamista osaksi kuntien hallintoa perusteltiin sillä, että myös sosiaalihuolto oli kunnallisesti hallinnoitu (Aer 1975). Samalle tasolle rakennettu hallinto mahdollisti yhteistyön erityisesti vanhus-tenhuollossa, sosiaalihuollon kotipalvelun ja terveyskeskusten kotisairaanhoidon välille sekä jopa monissa kunnissa terveyskeskuksen vuodeosaston kehittämisen kunnallisen vanhainkodin sairausosastosta (Lehto & Kokko 1996).

Vuoden 1984 valtionosuusuudistuksessa (nk. Valtava-uudistus) sosiaali- ja terveydenhuollon integraatiota pyrittiin edistämään sekä rahoituksen että valtionohjauksen tasolla. Aiemmin erillään olleet sosiaalihuollon, perusterveydenhuollon ja sairaalalaitoksen valtionavustukset yhdistettiin yhdeksi, periaatteessa samoilla kriteereillä toimivaksi kuntien toimintaa rahoittavaksi valtionosuusjärjestelmäksi. Samalla yhdistettiin koko sektorin hallinnollinen ohjaus kokoamalla erilliset kuntien ja valtion toimia koordinoivat suunnittelumekanismit yhdeksi sosiaali- ja terveydenhuollon valtakunnalliseksi suunnittelujärjestelmäksi (Kokko & Lehto 1993). Integraation - tuolloisin käsittein yhteensovituksen - rahoituksellisten ja hallinnollisten edellytysten toivottiin olennaisesti selkenevän.

1990-luvun alussa valtionosuus- ja suunnittelujärjestelmää muutettiin radikaalisti. Jos vuoden 1984 järjestelmä perustui integraation edistämiseen tiukalla yhdistetyllä valtionohjauksella, niin 1990-luvulla valtion ohjaus muutettiin pääasiassa informaatiolla ohjaamiseksi ja valtion rahoitus myönnettiin aiemman eri kohteisiin ”korvamerkityn” rahoituksen sijasta laskennallisen palvelutarpeen perusteella. Ajatuksena uudistuksessa oli, että tällainen rahoitusmalli kannustaisi kuntia vapaaehtoisesti tehostamaan palvelujärjestelmäänsä muun muassa sosiaali- ja terveydenhuollon parempaa integraatiota toteuttamalla. Samaan aikaan kunnille suositeltiin paikallisen sosiaalihuollon ja perusterveydenhuollon hallinnollista yhdistämistä. Tämän edistämiseksi aiemmin erillään olleet Lääkintöhallitus ja Sosiaalihallitus ensin yhdistettiin Sosiaali- ja terveyshallitukseksi, joka pian muutettiin Sosiaali- ja terveydenhuollon tutkimus- ja kehittämiskeskus Stakesiksi. Myöhemmin samaan kokonaisuuteen liitettiin Kansanterveyslaitos, jolloin muodostui nykyinen Terveyden ja hyvinvoinnin laitos.

Omalääkäri-, omahoitaja- ja omasosiaalityöntekijäjärjestelmästä tuottajaorganisaation valintaan

2000-luvulla perusterveydenhuollon valinnanvapaus alkoi saada Suomessa uutta sisältöä. Terveydenhuoltolaki (1326/2010) loi vuosina 2012–2014 Suomen kuntien järjestämään terveydenhuoltoon kolme valinnanvapautta: terveysaseman valinta, hoitavan ammattilaisen valinta ja sairaalahoitoa tarvitseville sairaalan valinta. Tätä ennen oli säädetty Laki sosiaali- ja terveydenhuollon palvelusetelistä (569/2009), mutta sen soveltaminen perusterveydenhuollon palveluissa on ollut marginaalista.

Terveyskeskuksen ja terveysaseman valinnan suhteen Terveydenhuoltolaki on selkeästi organisaatioita pakottava, potilaan valinnan noudattaminen on hyväksyttävä ilman varauksia¹. Sairaalan valinnassa potilaan valinnan hyväksymisen ehtona on lähettävän lääkärin hyväksyntä². Hoitavan ammattilaisen valinnan mahdollisuus on taas rajattu toimintayksikön johdon harkintaan³. Valinnanvapauspykälää koske-

1 Terveydenhuoltolain 48 §:n mukaan asukkaalla on vuoden 2014 alusta mahdollisuus valita ”perusterveydenhuollostaan vastaava terveyskeskus ja terveyskeskuksen terveysasema” laissa määriteltyjen perusterveydenhuollon palvelujen saamiseksi. Palveluihin kuuluvat terveysneuvonta ja terveystarkastukset, seulonnat, neuvolapalvelut, perusterveydenhuollon osuus sairauksien diagnosoinnista ja hoidosta, suun terveydenhuollosta, mielenterveystyöstä, päihdetyöstä, lääkinnällisestä kuntoutuksesta ja ohjauksesta muuhun kuntoutukseen, sekä kotisairaanhoido. Kotisairaanhoido kuuluu valinnan piiriin silloin, kun valinta kohdistuu oman kunnan terveysasemiin. Valinnan kohteena olevien terveyskeskuspalvelujen ulkopuolelle on laissa jätetty koulu-, opiskelija- ja työterveydenhuolto sekä pitkäaikainen laitoshoito.

2 Valinnanmahdollisuus koskee terveydenhuoltolain 48 §:n mukaan vuoden 2014 alusta kaikkia kunnallisen erikoissairaanhoidon yksiköitä. Valinnan edellytyksenä on lääkärin lähete erikoissairaanhoidoon ja valinnan pitää tapahtua lain mukaan ”yhteisymmärryksessä läheteen antavan lääkärin kanssa”.

3 Terveydenhuoltolain 49 §:n mukaan: ”Potilaalla on mahdollisuus valita häntä terveydenhuollon yksikössä hoitava laillistettu terveydenhuollon ammattihenkilö toimintayksikön toiminnan tarkoituksenmukaisen järjestämisen rajoissa. Potilaan jatkohoito on toteutettava siten, että hänen ohjataan häntä aiemmin hoitaneen lääkärin tai hammaslääkärin hoitoon, aina kun se hoidon asianmukaisen järjestämisen kannalta on mahdollista.”

vassa ohjeistuksessa terveysaseman valinta on selvästi keskiössä, sairaalan ja ammattilaisen valinta on jätetty marginaaliseen asemaan (Lehto ym. 2016).

Vuonna 2013 Terveyden ja hyvinvoinnin laitos (Erhola & al 2013), suositteli siirtymistä sote-uudistuksen yhteydessä entistä laajemman, kilpailuttavan markkinavalinnan suuntaan. Aloitteen mukaan perusterveydenhuollon palvelujen tuottajavaihtoehtoja pyrittiin lisäämään sitomalla tuottajien rahoitus suoraan potilaiden tekemiin tuottajavalintoihin ja mahdollistamalla yksityisten palvelutuottajien laajempi kilpailu potilaiden valinnoista. Myös kansainvälinen esikuva oli vaihtunut: Tanskan, Englannin ja Hollannin listautumismallien sijasta referenssinä oli Ruotsin Vårdval-malli, jota Suomessa on suositeltu melko kritiikittömästi (Tynkkynen ym. 2016).

Kun omalääkärin tai omahoitajan valinta liittyi läheisesti integraatioon, uusi valinnan ajatus jätti integraation muiden ratkaisujen varaan. Integraatio painottui hallintoa koskeviin ehdotuksiin. Sote-uudistuksen vallitsevassa retoriikassa integraatiota luvataankin edistettävän yhdistämällä sosiaalihuollon, perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon hallinto maakuntien tai vielä laajempien alueiden tasolla. Samalla on esitetty valtiollisen suunnittelu- ja ohjausvallan merkittävää lisäämistä (Lehto 2015).

Yhteenveto: Valinta ja integraatio toistuvasti esillä, näkökulmat vaihtelevat

Asiakkaan oikeus valita käyttämänsä palvelu vaihtoehtoisista palvelutavoista, oma luottoammattilaisensa palvelun tuottajan piiristä ja palvelun tuottaja ovat olleet esillä sosiaali- ja terveydenhuollon uudistuksissa ainakin 1960-luvulta alkaen. Samoin uudistuksissa on ollut keskeisenä tavoitteena yhteen sovittaa tai integroida asiakkaan käyttämät useat eri palvelut yhdeksi laadukkaaksi ja kustannustehokkaaksi kokonaisuudeksi. Aiempien uudistusten kokemuksista on siksi paljon opittavaa ja voidaan pitää valitettavana, että vuonna 2016 esillä olevassa sote-uudistuksen valmistelussa aiempien kokemusten arviointi on ollut vähäistä tai lähes olematonta. 2010-luvun uudistusehdotuksissa on myös uutta se, että valinnanvapauden uskotellaan edellyttävän palvelujärjestelmän yksityistämistä ja markkinoistamista, ja että markkinoistamisen aiheuttamaa riskiä integraatiolle vähätellään.

LÄHTEET:

- Aer, J (toim.) (1975). Kansanterveystyön käsikirja. Tammi, Helsinki.
- Erhola, M, Jonsson, P, Pekurinen, M, Teperi, J (2013). Jonottamatta hoitoon. THL:n aloite perusterveydenhuollon vahvistamiseksi. THL, Helsinki.
- Junnila M, Sinervo T, Aalto A-M, Jonsson PM, Hietapakka L, Keskimäki I, Pekurinen M, Seppälä TT, Tynkkynen L-K, Whellams A. (2016). Valinnanvapaus sosiaali- ja terveydenhuollossa – kriittiset askeleet toteuttamisessa. THL, Helsinki.
- Kokko, S (1990). Taudista sairauteen. Mitä terveyskeskuslääkärissä pitäisi tapahtua? Hanki ja Jää, Helsinki.
- Kokko, S, Lehto, J (1993). Mihin suuntaan sosiaali- ja terveydenhuolto? Valtionosuusuudistuksen avaamat vaihtoehdot ja uhat rahoituskriisin aikakaudella, 120 s. STAKES, raportteja 96, Helsinki.
- Lehto, J, Sinervo, T, Tynkkynen, L-K (2016) Valinnanvapaus ja integraatio – terveydenhuollon politiikkaideoiden muuttuvat merkitykset. Kunnallistieteellinen aikakauskirja 44: 1: 53-69.
- Lehto, J. (2015). Rakentuuko sotesta kartano vai harakanpesä? Talous- ja yhteiskunta 4: 51-59.
- Lehto, J. (2012). Mitä perusterveydenhuolto potee? Teoksessa: Anttonen, A, Haveri, A, Lehto, J, Palukka, H. Yksityisen ja julkisen rajalla. Tampere University Press, Tampere.
- Lehto J., Kokko S, (1996), Palvelujen rakennemuutos: kokemuksia lähihistoriasta ja muista maisista. Teoksessa: Viialainen R. & Lehto J. (toim.) Sosiaali- ja terveyspalvelujen rakennemuutos. Stakes, Helsinki.
- Mäkelä, M, Åström, M, Bergström, M, Sainio, S (1996). Terveyskeskusten alueellinen väestövastuu: Toiminta ja kustannukset. Stakes, Helsinki.
- Niemelä, H (2014) Yhteisvastuuta ja valinnanvapautta. Sairausvakuutus 50 vuotta. Kansaneläkelaitos, Helsinki.
- Sosiaalihuollon periaatekomitean mietintö 1. Yleiset periaatteet (1971). Komiteamietintö 1971: A25. Valtion painatuskeskus, Helsinki.
- Tynkkynen L-K, Chydenius M, Saloranta A, Keskimäki I. (2016). Expanding choice of primary care in Finland: much debate but little change so far. Health Policy 120: 227–234.
- Vohlonen, I (toim) (1989). Sosiaali- ja terveysministeriön omalääkärikokeilu. Tutkimuksen aineisto, tulokset ja johtopäätökset. Lääkintöhallitus, Helsinki.

VALINTA JA INTEGRAATIO POHJOISMAISSA

Liina-Kaisa Tynkkynen, Anna Saloranta, Ilmo Keskimäki

Johdanto

Tässä luvussa tarkastelemme integraation ja valinnan politiikkaideoiden merkityksiä ja toimeenpanoa kolmessa Pohjoismaassa – Ruotsissa, Norjassa ja Tanskassa. Pohjoismainen konteksti tarjoaa mielenkiintoisen näyttämön näiden kahden ajankohtaisen teeman tarkasteluun. Vaikka järjestelmät nojaavat osin samanlaisiin periaatteisiin, käytännössä kaikki Pohjoismaat ovat kuitenkin organisoineet terveyspalvelunsa melko eri tavoin. Näin myös valinnanvapausjärjestelmät sekä hoidon integraation toteutus vaihtelevat maiden välillä.

Tarkastelemme valintaa ja integraatiota ennen kaikkea kansallisella tasolla, sillä kansallisen ohjauksen rooli on nostettu esiin tärkeänä edellytyksenä esimerkiksi integroitujen toimintamallien paikallisten sovellusten onnistumiselle (Mur-Veeman ym. 2008). Kaikissa kolmessa Pohjoismaassa valtion ohjaus on vahvistunut viimeisen 15 vuoden aikana. Norjassa ja Tanskassa valtionohjauksen vahvistamiseksi on käytetty melko kovia hallinnan keinoja, kun taas Ruotsissa keinovalikoima on ollut pehmeämpi.

Palvelujärjestelmät Norjassa, Ruotsissa ja Tanskassa

Terveydenhuollon järjestämisestä Norjassa vastaavat valtio ja kunnat. Vastuu erikoissairaanhoidosta on vuodesta 2002 kuulunut valtiolle, joka rahoittaa ja järjestää erikoissairaanhoidon palvelut neljän alueellisen toimijan kautta (Regional Helseforetak). Kunnat vastaavat perusterveydenhuollon järjestämisestä ja lisäksi muun muassa kuntoutus-, fysioterapia- ja vanhainkotihoitosta. Perusterveydenhuollon tuottajina toimivat yksityisinä ammatinharjoittajina työskentelevät lääkärit, jotka ovat sopimussuhteessa kuntiin. Maakuntien rooli terveydenhuollossa on nykyään pieni. Vuoden 2002 jälkeen ne ovat vastanneet lähinnä lakisääteisistä hammashuollon palveluista ja tietyistä kansanterveystyön osa-alueista. (Ringard ym. 2013) Sosiaalipalvelut kuuluvat kuntien järjestämisvastuulle.

Tanskassa alueilla on keskeinen rooli terveydenhuollon järjestämisessä. Alueet ovat järjestämisvastuussa sekä perusterveydenhuollosta että erikoissairaanhoidosta ja psykiatrisesta sairaanhoidosta. Alueet huolehtivat myös aikuisten hammashoidosta ja fysioterapiasta. Perusterveydenhuollon lääkärit toimivat yksityisinä ammatinharjoittajina sopimuksin viiden alueellisen toimijan kanssa (regioner). Kuntien (kommune) tehtäviin kuuluu ehkäisevä hoito, terveyden edistäminen, lasten hammashoito, kouluterveydenhuolto ja kotisairaanhoido. Kroonisten sairauksien komplikaatioiden ehkäisy katsotaan osittain kuntien tehtäväksi. Kuntoutuksesta huoleh-

tivat pääasiassa kunnat, vaativa kuntoutus hoidetaan kuitenkin alueiden toimesta. Sosiaalitoimi (myös vanhusten hoivapalvelut) ovat pääsääntöisesti kuntien vastuulla. Joistakin erityisen vaativista sosiaalipalveluista vastaavat alueet. (Olejaz ym. 2012)

Ruotsissa terveydenhuollon (ml. suunterveydenhuolto) pääasiallinen järjestämisvastuu kuuluu 17 maakäräjäalueelle (landsting) ja 4 alueelliselle toimijalle (regioner). Ruotsin 290 kuntaa (kommuner) vastaavat sosiaalipalveluista, kouluterveydenhuollosta ja kotisairaanhoidosta. Perusterveydenhuollon tuotannosta vastaavat yksityiset ja julkiset perusterveydenhuollon toimintayksiköt. Erikoissairaanhoidon tuotannosta vastaavat sairaalat joita Ruotsissa on yhteensä noin 70. Erityisen vaativan hoidon osalta maakäräjäalueet/aluehallinto on jaettu kuuteen alueeseen. Erityisen vaativan hoidon tuotannosta vastaa seitsemän yliopisto-/aluesairaala. Sosiaaliministeriö (Socialdepartementet) ja kahdeksan kansallista virastoa vastaavat terveydenhuollon yleisestä valtionohjauksesta ja lainsäädännöstä. Maakäräjät ovat terveyspalveluiden järjestämisen suhteen kuitenkin hyvin itsenäisiä ja erot palveluiden järjestämistavoissa voivatkin olla suuria. (Anell ym. 2012)

Integraation edistäminen kansallisella tasolla

Pohjoismaat ovat valinneet, ainakin osin, toisistaan poikkeavia strategioita palveluiden paremman integraation edistämiseksi. Norjassa ja Tanskassa on viimeisen parin vuosikymmenen aikana toteutettu useita suuria järjestelmäreformieja, joilla keskuhallinnon roolia on vahvistettu enemmän tai vähemmän aluehallinnon toimivaltaa heikentämällä. Ruotsissa sen sijaan on jatkettu hajautetun kolmiportaisen järjestelmän kehittämistä keskittymällä asiakkaan aseman vahvistamiseen, valinnanmahdollisuuksien edistämiseen ja palvelujärjestelmän tuottamiin suoritteisiin.

Norjan ja Tanskan valtiovetoiset reformit

Norjan ja Tanskan isot 2000-luvulla toteutetut järjestelmäreformit ovat suoraan tai epäsuorasti edistäneet hoidon integraation tavoitetta ennen kaikkea vertikaalisesti. Uudistukset ovat monin paikoin tarttuneet erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon välisen yhteistyön ja potilaiden hoidon jatkuvuuden ongelmiin näiden kahden palvelutason rajapinnoilla. Niiden fokus on ollut keskeisesti palvelujärjestelmän koordinaatiossa, ei niinkään yksilötasoisien toimintamallien edistämisessä.

Norjassa on vuosituhannen vaihteen jälkeen toteutettu kolme suurta terveydenhuoltoa koskevaa hallinnonuudistusta: listalääkäriuudistus (Fastlegordningen) vuonna 2001, sairaalareformi (Sykehusreformen ja Helseforetaksloven) vuonna 2002 ja yhteistoimintareformi (Samhandlingsreformen) vuonna 2012. Norjan terveydenhuoltopolitiikassa voidaankin vuosituhannenvaiheessa havaita käänne koh-ti keskitetymppää palvelujärjestelmän kehittämistä. Aikaisemmin esimerkiksi hoi-

don integraatiota oli edistetty ennen kaikkea yksittäisten paikallistason hankkeiden kautta ja keskittyen järjestelmän kehityksen sijaan yksilötasoiisiin ratkaisuun palveluiden paremman koordinaation parantamiseksi. (Romoren ym. 2011, Ahgren 2014)

Listalääkäriuudistuksen myötä kunnat järjestivät perusterveydenhuollon palvelut sopimuksin yksityisten ammatinharjoittajien – yleislääkäreiden – kanssa. Aikaisemmin lääkärit olivat työskennelleet läänien palveluksessa julkisen sektorin työntekijöinä. Samalla luotiin listautumisjärjestelmä, jossa jokainen perusterveydenhuollon palveluihin oikeutettu asukas listattiin yleislääkärille. Potilailla on oikeus vaihtaa yleislääkäriään kaksi kertaa vuodessa. Reformin keskeisiä tavoitteita oli vähentää yleislääkäreiden vaihtuvuutta sitouttamalla heidät potilaslistojen ja edullisten työehtojen kautta paremmin työhönsä. Yhtenä tavoitteena oli, että vakituisen potilas-lääkärisuhteen kautta hoidon laatu paranisi ja kokonaiskoordinaatio säilyisi yleislääkärillä tämän tuntiessa potilaansa hyvin. Tavoitteena oli luoda paremmat edellytykset potilaiden hoitosuhteen jatkuvuudelle ja hoidon koordinaatiolle. (Grytten & Sorensen 2009)

Yhteistoimintareformi sen sijaan muutti kuntien ja terveydenhoitoalueiden välistä suhdetta. Uudistuksen taustalla vaikuttivat keskeisesti erikoissairaanhoidon nousseet kustannukset. Yksi kustannusten nousuun johtanut tekijä oli ollut puutteellinen koordinaatio erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon välillä. Uudistuksella tavoiteltiin ensisijaisesti hoidon parempaa alueellista koordinaatiota ja järjestelmää, joka loisi kannusteita kustannusten hallinnalle. Uudistuksen keskeisiä elementtejä olivat muun muassa terveydenhuoltoalueiden ja kuntien väliset pakolliset neuvottelut palvelujärjestelmän kokonaisuudesta, kunnille määrätty siirtoviivemaksut, kuntiin perustetut erilliset kotiutusosastot (kommunale akutte døgnplasser) sekä erilliset potilaiden kotiuttamisprotokollat, joiden osana yksilölliset hoitosuunnitelmat tulivat pakollisiksi. (Det Kongelige Helse-og Omsorgsdepartement 2008-2009, Romoren ym. 2011, Ringard ym. 2013)

Tanskassa toteutettiin vuosina 2005–2007 laajamittainen aluehallinnon uudelleen organisointi (struktureformen), jonka yhteydessä valtion, aluehallinnon sekä paikallistason keskinäissuhteet muuttuivat. Uudistuksen keskeisiä toimintapolitiittisia tavoitteita olivat muun muassa järjestelmän parempi hallinta ja koordinaatio eri hallinnontasojen välillä, sairaalatoiminnan tehostuminen esimerkiksi suurempien ja erikoistuneiden yksiköiden avulla sekä palvelujen laadun ja saatavuuden yhtenäistäminen koko maan tasolla. Uudistus myllersi tanskalaisen palvelujärjestelmän perusteellisesti siirtäen rahoitusvastuun alueelliselta tasolta valtiolle ja luoden selkeästi keskitetymmän ja hierarkkisemman järjestämis- ja tuotantorakenteen terveydenhuollon palveluihin.

Integraation näkökulmasta keskeisin uudistus oli uudistuksen yhteydessä luotu uusi koordinaatiomekanismi. Uudistuksessa säädettiin pakollisista terveydenhuollon järjestämissopimuksista kuntien ja alueiden välillä. Tavoitteena oli parantaa hoidon koordinaatiota ja integraatiota järjestelmän eri tasojen välillä sekä varmistaa palveluiden tarjonta kansallisten suositusten mukaisesti. Vastuu hoitoketjujen ja in-

tegroitujen toimintamallien suositusten laatimisesta annettiin Sundhedsstyrelsenille. Vuosittain sovitaan käytännöistä, jotka liittyvät esimerkiksi vanhojen ja hauraiden sairaalapotilaiden jatkohoidon järjestämiseen kunnissa, siitä, miten mielenterveyspotilaiden sosiaalipalvelut järjestetään sekä linjataan siitä, miten terveydenedistämisen ja kuntoutus toteutetaan.

Integraation edistäminen Ruotsin hajautetussa järjestelmässä

Ruotsin terveydenhuollon erityispiirteenä voidaan nähdä valtion, aluehallinnon ja kuntien ennemmin horisontaalisesti tasavertaiset kuin vertikaalisesti hierarkkiset keskinäissuhteet (Jakubowski & Saltman 2013). Suurin osa koko maata koskevista terveydenhuollon toimintapolitiikkoihin liittyvistä päätöksistä tehdäänkin valtion ja kuntia sekä aluehallintoa edustavan työnantaja- ja intressiorganisaation (Sveriges Kommuner och Landsting SKL) välisissä neuvotteluissa. Valtionohjauksen keinot ovatkin Ruotsissa tähän saakka olleet keskeisesti pehmeämpiä verrattuna esimerkiksi Tanskan ja Norjan suuriin rakenneuudistuksiin.

Viime vuosina valtio on kuitenkin pyrkinyt tiukentamaan otettaan palvelujärjestelmän ohjauksesta. Pääosin tämä on johtunut paineesta kehittää eri toimintasektoreiden integraatiota ja toisaalta vähentää alueellisia eroja hoidon laadussa ja saatavuudessa. Palvelujärjestelmän viimeaikaiset rakenneuudistukset ovat keskittyneet ennemmin asiakkaan aseman ja valinnanvapauden vahvistamiseen, eivät niinkään eri tason toimijoiden välisiin keskinäissuhteisiin ja palveluiden yhteensovittamiseen. Jälkimmäisiä tavoitteita on pääosin edistetty erilaisilla paikallisilla ja alueellisilla keinoilla. (Ahgren 2014)

Ruotsalaisen perusterveydenhuollon kehitys näyttäisi viime aikoina ottaneen askeleen kohti vapaiden markkinavoimien vahvempaa suitsimista ja valtion keskeisempää roolia palvelujärjestelmän ohjauksessa. Selvitysmiesraportti terveydenhuollon tehokkaammasta resurssien käytöstä (Statens Offentliga Utredningar 2016) kiinnitti huomiota muun muassa monisairaiden tai paljon palveluita käyttävien potilaiden asemaan valinnanvapausjärjestelmässä. Mietinnössä ehdotettiin, että valinnanvapautta rajoitettaisiin erikoissairaanhoidossa kaikilta ja perusterveydenhuollossa tietyiltä paljon palveluita käyttäviltä potilasryhmiltä. Perusterveydenhuollossa halutaan eriyttää monisairaiden iäkkäiden hoito omaksi kokonaisuudekseen, joka tuotettaisiin yhteistyössä kuntien sosiaalipalveluiden kanssa ja jossa potilaan valintaa olisi rajoitettu niin, että se koskisi palvelukokonaisuutta yksittäisen palveluntuottajan sijaan. Jäljelle jäävää perusterveydenhuollon osaa vahvistettaisiin akuuttihoidon osalta, samalla kun erikoissairaanhoidon palveluille tulisi läheteapakko.

Yksi keskeisistä valtion ohjauskeinoista on Ruotsissa ollut kohdennettujen valti-onosuuksien hyödyntäminen järjestelmässä, jossa alue- ja paikallistason autonomia on perinteisesti ollut vahva palveluiden järjestämisessä. Viime vuosina kohdennettuja tukia on osoitettu muun muassa hoitojonojen purkuun, sairauslomien vähentämiseen, vanhojen ihmisten palveluihin ja kuntoutukseen. Keväällä 2015 Ruotsin

hallitus ja SKL sopivat kohdennetuista voimavaroista hoidon integraation parantamiseen maakäräjäalueilla (Östh ym. 2015).

Palveluiden käyttäjän valinnanvapaus perusterveydenhuollossa

Valinnanvapaus on ollut yksi palvelujärjestelmien uudistamisen väline niin Norjassa, Ruotsissa kuin Tanskassakin. Valinnanvapausjärjestelmät on kuitenkin toteutettu maissa hyvin eri tavoin. Valinta ja sen kohde vaihtelevat maiden välillä, jopa niiden sisällä. Yleisesti valinnanvapausreformit ovat liittyneet yhtäältä potilaiden oikeuksien parantamiseen ja toisaalta laajempaan trendiin tuoda markkinaehtoisia toimintamalleja sosiaali- ja terveydenhuollon kentälle. Keskeinen ero eri Pohjoismaita tarkasteltaessa onkin ennen kaikkea siinä, millainen rooli palveluntuottajien väliselle kilpailulle eri malleissa annetaan.

Tanskan ja Norjan listautumismallit

Tanskassa ja Norjassa valinta on liittynyt erityisesti potilaiden oikeuksiin ja hoidon pääsyn parantamiseen (Grytten & Sorensen 2009, Martinussen & Magnussen 2009, Miani ym. 2013). Tanskassa ja Norjassa valinnanvapauden keskeinen tavoite onkin ollut vahvistaa potilaiden mahdollisuuksia valita hoitava lääkäriinsä ja varmistaa, että kansallisiin hoitotakuihin liittyvät velvoitteet täyttyvät. Uudistukset ovat liittyneet erityisesti potilaiden oikeuksien, hoidon jatkuvuuden ja hoitoon pääsyn parantamiseen. Norjassa ja Tanskassa valinnanvapaus korostaa kilpailun sijaan palvelunkäyttäjän omaa osallistumista ja vaikutusmahdollisuuksia omaan hoitoonsa (Vrangbaek & Ostergren 2006, Strandberg-Larsen ym. 2007, Servicebedriftenes Landsforening 2007, Det Kongelige Helse-og Omsorgsdepartement 2008-2009, Frølich 2011). Tanskassa yleislääkäreiden määrää alueilla on säädelty ja Norjassa palvelutuotantoa on pyritty kilpailulla ohjaamaan alueille, joissa tarjonta on riittämätöntä.

Norjassa ja Tanskassa valinta kohdistuu perusterveydenhuollossa yksityisenä ammatinharjoittajana toimivaan yleislääkäriin (general practitioner, GP). Norjassa vuonna 2001 toteutetun listalääkäriuudistuksen (ks. edellinen luku) myötä luotiin listautumisjärjestelmä, jossa jokainen perusterveydenhuollon palveluihin oikeutettu asukas listattiin yleislääkärille. Potilailla on oikeus vaihtaa yleislääkäriään kaksi kertaa vuodessa.

Tanskassa viimeaikaiset valinnanvapausuudistukset ovat liittyneet ennen kaikkea erikoissairaanhoidon valintaan. Käytännössä valinnan voi kohdistaa yksityiseen toimijaan kuitenkin vain silloin, kun hoitotakuuajat erikoissairaanhoidossa eivät toteudu. Perusterveydenhuollon valinta on ollut olennainen osa järjestelmää jo useiden vuosikymmenten ajan. Tanskassa asiakkaat voivat valita myös kahden eri ”vaikutus”- tai maksujärjestelmän väliltä. Asiakkaat voivat joko listautua yleislääkärille

ja päästä erikoissairaanhoidon vain yleislääkärin läheteellä (noin 98 % väestöstä) tai valita mallin, jossa asiakkailta on pääsy kaikille yleislääkäreille ja suoraan erikoislääkärin vastaanotolle omavastuuosuutta vastaan (noin 2 % väestöstä). Viimeksi mainittua vaihtoehtoa hyödyntävät lähinnä potilasryhmät, joilla on erityisiä tarpeita pitkäaikaissairautensa hoidossa. (Vrangbæk 2015)

Ruotsalainen Vårdval

Ruotsissa yksi vuonna 2010 voimaan tulleen mittavan valinnanvapausuudistuksen yksi keskeisiä tavoitteita oli parantaa lääkäripalveluiden saatavuutta. Ajatuksena oli, että kilpailu asiakkaista johtaa palveluiden parempaan laatuun ja saatavuuteen (Ahlgren 2010, Hartman 2011, Esmail 2013, Vårdanalys 2014). Keskeisiä argumentteja uudistusten takana ovat olleet yhtäältä markkinakilpailun edistäminen ja toisaalta potilaiden parempi mahdollisuus saada äänensä kuuluviin palveluja kehitettäessä (Miani ym. 2013). Valinnanvapauden tuomista järjestelmään motivoi tahto ja tarve lisätä myös järjestelmän tehokkuutta ja kustannuksia (Socialstyrelsen 2010, Socialstyrelsen 2012, Janlöv ym. 2013).

Valinnanvapaudella on pyritty vaikuttamaan markkinoiden syntyyn. Ahlgrenin (2010) tulkinnan mukaan yksi valinnanvapausreformien keskeisistä tavoitteista on ollut parantaa yksityisten palveluntuottajien mahdollisuuksia osallistua julkisesti rahoitettujen palveluiden tuotantoon (Miani ym. 2013). Ruotsi onkin ollut Pohjoismaista ensimmäinen maa, jossa markkinaehtoisia toimintamalleja on otettu laajasti käyttöön terveydenhuollon tuotannossa. 1990-luvun paikallisten kokeilujen kautta useilla maakäräjäalueilla otettiin käyttöön erilaisia tilaaja-tuottajamalleja, joita eräät maakäräjäalueet toteuttavat edelleen. Kaiken kaikkiaan tuottajien kirjo on laajentunut ja palveluiden tuotantoon osallistuvat tänä päivänä niin julkiset, yksityiset kuin kolmannen sektorin palveluntuottajat.

Ruotsissa valinnanvapaus on tullut osaksi järjestelmää vähitellen. Osa maakäräjäalueista ja alueellisista toimijoista oli ottanut käyttöön erilaisia palveluiden käyttäjän valinnanmahdollisuuksia laajentavia toimintamalleja jo 1990-luvulta lähtien. 2000-luvun puolivälin jälkeen maakäräjäkohtaisiin valinnanvapausuudistuksiin on enenevässä määrin liitetty myös yksityisten palveluntuottajien roolin vahvistaminen ja markkinakilpailu. (Glenngard ym. 2011) Vuonna 2007 Hallandin maakäräjäalue otti ensimmäisenä alueena kilpailua sisältävän valinnanvapausmallin käyttöön. Vuonna 2008 oman mallinsa implementoi Tukholma ja vuonna 2009 useampi muu maakäräjäalue. (Paulsson 2013) Vuonna 2010 voimaan tullut valinnanvapausuudistus (Vårdval i primärvården) teki valinnanvapaudesta pakollisen koko maassa ja näin mullisti ruotsalaisen palvelujärjestelmän perusteita radikaalisti. Valinnanvapauslainsäädäntö edellyttää, että maakäräjät käyttävät perusterveydenhuollon palveluntuottajien (yksityinen, julkinen, kolmas sektori) hyväksymismenettelyä. Potilaat saavat valita palveluntuottajista itselle sopivimman. Maakäräjäalueet korvaavat palveluiden kustannukset palveluiden tuottajille, eli ”raha seuraa potilasta”. Kor-

vauserusteet ovat maakäräjäalueiden sisällä samat kaikille tuottajille, mutta voivat vaihdella huomattavastikin maakäräjäalueiden välillä (Nordqvist ym. 2014). Koska maakäräjäalueet ovat Ruotsissa hyvin itsenäisiä, vaihtelevat niiden toteuttamat valinnanvapausmallit toisistaan lainsäädännön antaman liikkumavaran puitteissa (Paulsson 2013).

Mitä valinnanvapauden tuloksista tiedetään?

Valinnanvapausuudistukset ovat muuttaneet palvelujärjestelmän toimintaa radikaaleimmin Ruotsissa ja siksi ruotsalaiset tutkijat ovat eniten tutkineet aihetta. Keskitymmekin tässä luvussa ennen kaikkea ruotsalaisten tulosten esittelyyn ja arviointiin, mutta esittelemme tuloksia mahdollisuuksien mukaan myös Norjasta. Koska Tanskassa valinnanvapaus ei ole mullistanut perusterveydenhuollon järjestelmää merkittävästi vaan valinnanvapaus on ollut merkittävä osa perusterveydenhuollon organisointia jo pitkään, on tanskalaisia tutkimuksia aiheesta melko vähän.

Oikeudenmukaisuus terveydenhuollon palvelujen saatavuudessa on yksi keskeisiä kriteereitä, kun terveydenhuollon toimintaa arvioidaan. Saatavuuden oikeudenmukaisuutta voidaan tarkastella esimerkiksi sosioekonomisen aseman, sairastavuuden tai maantieteellisen saatavuuden mukaan. Ruotsin valinnanvapausuudistuksen tulokset ovat näiden suhteen ristiriitaisia. Palveluntuottajien määrä on kasvanut, mutta kehitys on ollut epätasaista eri maantieteellisten alueiden välillä (Nordqvist ym. 2014). Tukholman maakäräjäalueella tehdyn tutkimuksen mukaan uusia palveluntuottajia syntyi melko tasaisesti erilaisille asuinalueille ja palvelujen saatavuus parani tasaisesti kaikilla alueilla (Rehnberg ym. 2010:12). Vuonna 2014 tehdyn Ruotsin Valtiontalouden Tarkastusviraston tekemän tutkimuksen mukaan palveluiden saatavuus taas parani suhteessa enemmän sosioekonomiselta statukseltaan parempiosaisilla alueilla (Riksrevisionen 2014). Samansuuntaisia tuloksia on saatu myös kolmannessa palveluiden saatavuutta arvioineessa tutkimuksessa (Isaksson ym. 2016). Isakssonin ja kollegoiden (2016) mukaan uusien palveluntuottajien sijoittuminen eri alueille on ollut jossain määrin epätasaista niin maakäräjäalueiden sisällä kuin niiden välillä. Palveluntuottajat ovat keskittyneet lähinnä suuriin kaupunkeihin ja jossain määrin parempi osaisille alueille. Norjassa on saatu viitteitä siitä, että valinnanvapauden myötä tuottajien määrä olisi jonkin verran lisääntynyt ja tuotanto olisi entistä tasaisemmin jakautunut myös maaseutualueille (Miani ym. 2013). Tämä liittyy siihen, että suuren lääkäritiheyden alueilta siirtyy kovenevan kilpailun myötä tuottajia alueille jossa palveluiden tarjonta on pienempää.

Suurimmalla osalla ruotsalaisista palvelujen maantieteellinen saavutettavuus on parantunut valinnanvapausuudistuksen myötä (Winblad ym. 2012). Niissä osissa maata, joissa asukas pohja on suppeampi ja joissa palveluntuottajia on harvemmasa, ihmisten valinnanmahdollisuudet ovat huomattavasti suppeampia johtuen joko tuottajien määrän niukkuudesta tai pitkästä välimatkasta lähimmälle vaihtoehdoisen tuottajan vastaanotolle. (Nordqvist ym. 2014)

Eri alueiden välillä havaittujen erojen lisäksi voidaan tarkastella eroja eri potilasryhmien välillä. Myös tässä suhteessa tutkimustulokset ovat ristiriitaisia. Beckmanin ja Anellin (2013) mukaan palveluiden käyttö lisääntyi ennen kaikkea mediaanitulon yläpuolella olevilla kotitalouksilla. Tutkimus oli kuitenkin tehty vain yhdellä maakäräjäalueella. Laajemman, kolmella maakäräjäalueella tehdyn tutkimuksen mukaan näyttää puolestaan siltä, että alempien sosioekonomisten ryhmien perusterveydenhuollon käyttö on valinnanvapausuudistuksen jälkeen lisääntynyt jonkin verran enemmän suhteessa korkeammassa sosioekonomisessa asemassa oleviin. (Vårdanalys 2015) Palvelutarpeen mukaan tarkasteltuna Ruotsista on saatu tuloksia, jotka viittaavat siihen, että joillakin maakäräjäalueilla niiden ihmisten, joilla palvelutarpeet ovat suurempia, palveluiden käyttö ei ole lisääntynyt yhtä paljon kuin väestön käyttö keskimäärin (Janlöv ym. 2013).

Kansalaiset arvostavat mahdollisuutta valita terveysasema, jonne he hakeutuivat hoitoon. Ruotsalaisten tutkimusten mukaan erityisen tärkeää valinnan tekeminen on naisille, kroonisesti sairaille, matalasti koulutetuille ja vanhoille ihmisille. (Vårdanalys 2014.) Heti valinnanvapausuudistuksen jälkeen iso osa asiakkaista koki, että palveluiden saatavuus oli parantunut (Winblad ym. 2012). Ruotsissa kolmella maakäräjäalueella vuonna 2010 tehdyn väestötutkimuksen (Glenngård ym. 2011) mukaan noin 60 % kyselyyn vastanneista koki tehneensä perusterveydenhuollon tuottajan valintoja sen jälkeen kun valinta tuli mahdolliseksi heidän maakäräjäalueellaan. Samansuuntaisia tuloksia saatiin Ruotsin Kilpailuviraston vuonna 2013 tekemässä koko maan kattavassa kyselyssä, jonka mukaan noin kaksi kolmesta kyselyyn vastanneista koki tehneensä aktiivisen valinnan perusterveydenhuollon tuottajasta. (Nordqvist ym. 2014). Onkin hyvä huomata, että valinta ei välttämättä tarkoita palveluntuottajan vaihtamista vaan aktiivista ratkaisua jäädä nykyisen palveluntuottajan asiakkaaksi. Ruotsissa suurin osa asukkaista onkin jäänyt sille terveysasemalle, jonka maakäräjäalue on heille osoittanut. Keskimäärin noin 30 % oli valinnut muun terveysaseman. Tulokset vaihtelivat kuitenkin maakäräjäalueiden välillä. (Nordqvist ym. 2014)

Glenngårdin ja kollegoiden (2011) tutkimuksen mukaan aktiivisen valinnan tekemisen todennäköisyyttä lisäsivät kokemus riittävästä tiedosta valinnan tueksi ja uusien palveluntuottajien markkinoille tulo. Tulokset osoittivat, että vastaajat olivat melko passiivisia tiedon hankinnan suhteen ja valitsivat yleisimmin sellaisen palveluntuottajan, jonka asiakkaina he olivat olleet jo aikaisemmin. Ruotsin Kilpailuviraston raportin mukaan vanhemmat ihmiset vastasivat tehneensä valinnan useammin kuin nuoret. Saman tutkimuksen mukaan yleisin syy vaihtoon oli muutto. Tämän jälkeen yleisimmiksi vaihtamisen syiksi nousivat tyytymättömyys terveysaseman toimintaan, saatavuus, sijainti ja liikenneyhteydet sekä terveysaseman maine. (Nordqvist ym. 2014) Ruotsalaiseen kirjallisuuskatsauksen tulokset vahvistavat tuloksia (Winblad ym. 2012). Norjassa tehdyn kyselytutkimuksen mukaan ihmisten hyödyntävät valinnanvapautta ennen kaikkea silloin kun he hakevat palveluilta parempaa saatavuutta: ihmiset vaihtavat sellaisille yleislääkäreille, joiden vastaanotolle pääsy on parempi (Grytten & Sorensen 2009).

Palveluntuottajien näkökulmasta valinnanvapausuudistus on lisännyt kilpailua, ainakin suurissa kaupungeissa. Konkurensverketin (2014) raportin mukaan eri palveluntuottajilla saattaa olla erilaiset mahdollisuudet menestyä maakäräjäalueesta riippuen. Palveluntuottajien tärkeimpiä kilpailuetuja ovat yleinen maine, lääkäritiheys ja mahdollisuus tarjota hyvin saavutettavia ja saatavissa olevia palveluita. Uusia palveluntuottajia tulee markkinoille edelleen, mutta uusien yritysten syntyminen on hidastunut vuoden 2010 jälkeen. Markkinoille tulleet uudet palveluntuottajat ovat olleet lähinnä yksityisiä, voittoa tavoittelevia yrityksiä (Isaksson ym. 2016). Palveluntuottajia on myös lopettanut (n=78 vuonna 2014). Näistä suurin osa on yksityisiä palveluntuottajia, jotka eivät ole saaneet toimintaansa kannattavaksi omalla maakäräjäalueellaan. (Nordqvist ym. 2014) Etenkin haja-asutusalueilla palveluntuottajilla on ollut vaikeuksia rekrytoida yleislääkäreitä palvelukseensa (Vårdanalys 2014).

Valintojen tekemisen edellytykset riippuvat ihmisen henkilökohtaisista ominaisuuksista mutta myös siitä, millaista tietoa ja tukea palveluiden järjestäjät palveluiden käyttäjille tarjoavat. Esimerkiksi terveydentila, ikä ja sosioekonominen asema vaikuttavat siihen millaisia edellytyksiä ihmisellä on tehdä informoituja valintoja palvelujärjestelmässä (Kickbush 2001, Rademakers ym. 2014). Hyvä esimerkki informaation saatavuuden vaikutuksesta valintoihin löytyy erikoissairaanhoidon valinnasta, jota potilaat ovat monessa maassa hyödyntäneet suhteellisen vähän vaikka siihen olisikin ollut mahdollisuus. Tätä on esimerkiksi selitetty potilaiden vähäisellä informaation saannilla ja perusterveydenhuollon tarjoamalla vähäisellä tuella valinnantekotilanteessa (Vrangbaek ym. 2007). Vaikka tiedon saanti on yksi keskeinen tekijä valinnanvapauden edistämisessä, on pohjoismaisessa kontekstissa edelleen parantamisen mahdollisuuksia tiedon tarjoamisessa. Norjassa saatavilla ovat tiedot yleislääkäreiden potilaslistojen koosta ja vapaista paikoista listalla. Yleislääkärit saavat itse määritellä listojensa koon. Listan ollessa täysi uusia potilaita ei voi rekisteröityä listalle. Ruotsissa tuotetaan kansallisella tasolla tietoa toiminnan laadusta, potilastyytyväisyydestä ja jonotusajoista. Maakäräjäalueet tuottavat tämän lisäksi tietoa esimerkiksi aukioloajoista ja lääkäreiden nimistä. Toisin kuin Norjassa, palveluntuottajien listat eivät ole julkisesti saatavilla ja palveluntuottajien on hyväksyttävä asiakkaisiin kaikki halukkaat. (Miani ym. 2013) Moberg ja kollegat (2016) ovat osoittaneet, että vanhojen ihmisten palveluissa laatu-tiedon saaminen on heikkoa ja näin ihmisten on miltei mahdotonta tehdä tietoon perustuvia palveluvalintoja. Vårdanalysin vuonna 2014 julkaistun tutkimuksen mukaan noin 60 % terveysasemaa vaihtaneista, koki, että he saivat tietoa helposti ja tieto hyödytti valinnantekoa. (Vårdanalys 2014). Saman tutkimuksen mukaan terveysasemien vertailtavuus koettiin kuitenkin hankalaksi. Lisäksi kaivattiin tietoa terveysasemien hygieniasta sekä terveysasemien kykyä koordinoida hoidonkokonaisuutta ja mahdollistaa hoitosuhteen jatkuvuus hoitavan lääkärin kanssa. Ihmiset mainitsivat vastauksissaan yleisimmäksi tietolähteeksi ystävät tai perheenjäsenet, palveluntuottajan, jolle vaihto oli suunniteltu tai maakäräjäalueen internetsivut.

Keskeiset johtopäätökset

- Integraation edistäminen on ollut kaikissa tarkastelluissa maissa yhtenä osana kansallisen tason terveydenhuoltopolitiikkaa. Se, kuinka vahvasti kansallinen päätöksenteko velvoittaa eri toimijoita yhteistyöhön vaihtelee: kansallinen ohjaus näyttäisi olevan pakottavinta Tanskassa (alueelliset sopimukset) kun taas Ruotsissa palveluiden yhteensovittaminen perustuu miltei täysin vapaaehtoiseen yhteistyöhön. Ahgrenin (2014) arvion mukaan liian hierarkkinen ja pakottava ohjaus voi kääntyä itseään vastaan ja ilmentyä palveluntuottajien ja terveydenhuollon henkilöstön vastarintana. Vapaaehtoisuuteen perustuvan mallin voidaankin arvioida olevan tässä suhteessa edullisin. Siihen liittyy kuitenkin myös ongelmia: paikallisiin, vapaaehtisiin yhteistyöhankkeisiin perustuva järjestelmä luo epätasa-arvoa eri alueiden välille ja voi näin tuottaa epäoikeudenmukaisuutta palvelujärjestelmän tuottamien tulosten suhteen.
- Toinen keskeinen huomio integraatiossa liittyy sen sisältöön. On hyvä huomata, että integraatio sen horisontaalisessa¹ merkityksessä ei ole juurikaan ollut tarkasteltujen järjestelmien kehittämisen polttopisteessä. Tätä selittää osin sosiaali- ja terveyspalveluiden järjestämisvastuun hajautuminen hallinnon eri tasoille. Kysymys erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon välisestä yhteistyöstä on ollut monin pakoin keskeisempi kansallisen kehittämisen näkökulmasta. Palveluiden yhteensovittamista ja järjestelmän parempaa koordinaatiota tavoitelleet tai välillisesti edistäneet reformit ovat lisäksi keskittyneet ennen kaikkea terveydenhuollon – erityisesti erikoissairaanhoidon – kustannusten hillitsemiseen. Tässä kokonaisuudessa palveluiden yhteensovittaminen erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon rajapinnassa ovat olleet keskeisessä asemassa (so. vertikaalinen integraatio).
- Suomen kansallisen tason terveydenhuoltopolitiikan lähitulevaisuuden suunnitelmat näyttäytyvät hyvin erilaisina kun niitä tarkastellaan Skandinaavista kontekstia vasten. Suomi onkin Pohjoismaista – jopa kaikista maailman maista – ainoa, joka pyrkii kansallisesti ja lainsäädännönkeinoin edistämään sosiaali- ja terveyspalveluiden integraatiota.
- Valinnanvapauden avulla on tavoiteltu Pohjoismaissa erilaisia asioita. Ruotsalainen valinnanvapauden sovellutus on ainutlaatuinen toimintamalli ja valinnanvapaudesta on olemassa Ruotsissa hyvin erilaisia ratkaisuja. Maakäräjäalueiden toimintamallit ja maantieteellinen sijainti vaikuttavat pitkälti siihen, millaisia tuloksia valinnanvapauden avulla saavutetaan. Norjassa ja Tanskassa, joissa perusterveydenhuollon tuotannosta vastaavat yksityisinä ammatinharjoittajina toimivat yleislääkärit, tämän kaltaisia elinkeinopoliittisia tavoitteita ei ole ollut. Valinnanvapaus on ollut luonnollinen osa järjestelmän toimintalogiikkaa ja sen avulla on ennemmin tavoiteltu asiakkaan parempia vaikutusmahdollisuuksia sekä pyritty parempaan hoidon jatkuvuuteen ja saatavuuteen. Tosin Norjassa

¹ so. esimerkiksi sosiaali- ja terveyspalveluiden integraatio

listalääkäriuudistus toi järjestelmään myös kilpailuelementin. Tanskassa perusterveydenhuollon valinnanvapaus on ollut itsestäänselvyys jos vuosikymmeniä ja keskeisimmät uudistukset ovat liittyneet sairaalajärjestelmässä tehtyihin valinnanvapausuudistuksiin.

- Pohjoismaisen – etenkin ruotsalaisen - tutkimuksen tulokset valinnanvapaudesta ovat paikoin ristiriitaisia ja usein hankalasti tulkittavia. Tämä johtunee esimerkiksi Ruotsissa tehdyn kansallisen tutkimuksen suhteellisen pienestä määrästä. Suurin osa tutkimuksista keskittyykin lähinnä muutaman maakäräjäalueen alueelle. Onkin tärkeää huomata, että valinnanvapaudesta on olemassa Ruotsissa hyvin erilaisia ratkaisuja maakäräjäalueiden toimintamallit ja maantieteellinen sijainti vaikuttavat pitkälti siihen, millaisia tuloksia valinnanvapauden avulla saavutetaan.

LÄHTEET

- Ahgren B. 2010. Competition and integration in Swedish health care. *Health Policy* 96 (2), 91-97.
- Ahgren B. 2014. The path to integrated healthcare: Various Scandinavian strategies. *International Journal of Care Coordination* 17 (1-2), 52-58.
- Anell A, Glenngard AH & Merkur S. 2012. Sweden health system review. *Health Syst Transit* 14 (5), 1-159.
- Beckman A & Anell A. 2013. Changes in health care utilisation following a reform involving choice and privatisation in Swedish primary care: a five-year follow-up of GP-visits. *BMC Health Services Research* 13 (1), 452.
- Det Kongelige Helse-og Omsorgsdepartement. 2008-2009. Samhandlingsreformen. Rett behandling - på rett sted - til rett tid.
- Esmail N. 2013. Health care lessons from Sweden. Lessons from abroad, a series on health care reform.
- Frølich A(). 2011. *Hvad kan det danske sundhedsvæsen lære af Kaiser Permanente? : en sammenligning mellem den amerikanske forsikringsorganisation Kaiser Permanente og det danske sundhedsvæsen*. 1. udg. Edition. Syddansk universitetsforlag, Odense.
- Glenngard AH, Anell A & Beckman A. 2011. Choice of primary care provider: results from a population survey in three Swedish counties. *Health Policy* 103 (1), 31-37.
- Grytten J & Sorensen RJ. 2009. Patient choice and access to primary physician services in Norway. *Health Economics, Policy, & Law* 4 (Pt 1), 11-27.
- Hartman L. (toim.) 2011. *Konkurrensens konsekvenser. Vad hander med svensk välfärd?*. SNS Förlag.
- Isaksson D, Blomqvist P & Winblad U. 2016. Free establishment of primary health care providers: effects on geographical equity. *BMC Health Services Research* 16 (28).
- Jakubowski E & Saltman RB. (toim.) 2013. *The Changing National Role in Health System Governance. A case-based study of 11 European countries and Australia*. European Observatory on Health Systems and Policies.
- Janlöv N, Andersson A, Beckman A, Svérus S, Wirén A & Rehnberg C. 2013. Vem har vårdvalet gynnat? En jämförande studie mellan tre landsting före och efter vårdvalets införande i primärvården. *Vårdanalys* 2013:1.
- Kickbush I. 2001. The Health Literacy of America's Adults. *Health Promotion International*.
- Martinussen PE & Magnussen J. 2009. Health care reform: the Nordic experience. Teoksessa: Magnussen J, Vrangbaek K & Saltman RB. (toim.) *Nordic Health Care Systems. Recent Reforms and Current Policy Challenges*. McGraw Hill Open University Press. 21.
- Miani C, Pitchforth E & Nolte E. 2013. Choice of primary care provider: a review of experiences in three countries.
- Moberg L, Blomqvist P, Winblad U. User choice in Swedish eldercare - conditions for informed choice and enhanced service quality. *Journal of European Social Policy*, 1-15.

- Mur-Veeman I, van Raak A & Paulus A. 2008. Comparing integrated care policy in Europe: Does policy matter? *Health Policy* 85 (2), 172-183.
- Nordqvist L, Jönsson S, Bern A, Larsson K & Lind H. 2014. Etabablering och Konkurrens bland Vårdcentraler - om Kvalitetsdriven Konkurrens och Ekonomiska Villkor.
- Olejz, Nielsen, Rudkjøbing, Okkels, Krasnik & Hernández-Quevedo. 2012. Health Systems in Transition - Denmark.
- Östh T, Anell A & Lennartsson F. 2015. *Online HiT for Sweden - SEK 1 billion for improved coordination and access of care.*
- Paulsson G. 2013. Organisation och styrning av vårdval i primärvården - Erfarenheter från Region Halland, Region Skåne och Västra Götalandsregionen.
- Rademakers J, Nijman J, Brabers AE, de Jong JD & Hendriks M. 2014. The relative effect of health literacy and patient activation on provider choice in the Netherlands. *Health Policy (Amsterdam, Netherlands) JID - 8409431* Health Policy (114 (2-3)).
- Rehnberg C, Janlöv N, Khan J & Lundgren J. 2010:12. Uppföljning av husläkarsystemet inom Vårdval Stockholm – redovisning av de två första årens erfarenheter.
- Riksrevisionen. 2014. Primärvårdens styrning - efter behov eller efterfrågan? .
- Ringard A, Sagan A, Sperre Saunes I & Lindahl A, K. 2013. Norway Health system review.
- Romoren TI, Torjesen DO & Landmark B. 2011. Promoting coordination in Norwegian health care. *International Journal of Integrated Care [Electronic Resource]* 11 (Spec 10th Anniversary Ed), e127.
- Servicebedriftenes Landsforening. 2007. Status for valgfrihet i omsorgssektoren i Skandinavia.
- Socialstyrelsen. 2012. Valfrihetssystem ur ett befolknings- och patientperspektiv. Slutredovisning.
- Socialstyrelsen. 2010. Införandet av vårdval i primärvården.
- Strandberg-Larsen M, Nielsen M, Vallgård S, Krasnik A, Vrangbæk K & Mossialos E. 2007. Denmark: Health system review. *Health Systems in Transition*. Internet-julkaisu.
- Vårdanalys. 2015. Vårdval och jämlik vård inom primärvården. En jämförande studie mellan tre landsting före och efter vårdvalets införande 2015:6.
- Vårdanalys. 2014. Vem vill veta vad för att välja? Om vilken information olika grupper av personer vill ha för att välja vårdcentral.
- Vrangbæk K. 2015. Patient involvement in Danish health care. *Journal of Health, Organization and Management* 29 (5).
- Vrangbæk K, Östergren K, Birk HO & Winblad U. 2007. Patient reactions to hospital choice in Norway, Denmark, and Sweden. *Health Economics, Policy and Law* 2 (02), 125-152.
- Vrangbæk K & Östergren K. 2006. Patient empowerment and the introduction of hospital choice in Denmark and Norway. *Health Economics, Policy, & Law* 1 (Pt 4), 371-394.
- Winblad U, Isaksson, D & Bergman P. 2012. Effekter av valfrihet inom hälso- och sjukvård - en kartläggning av kunskapsläget. Vårdanalys 2012:2.

PERUSTERVEYDENHUOLLON VASTAANOTTOTOIMINNAN KEHITTÄMINEN JA TERVEYSASEMIEN ORGANISOINTITAVAT

Vesa Syrjä, Timo Sinervo, Liina-Kaisa Tynkkynen

Tässä luvussa kuvaamme kuntien sosiaali- ja terveysjohdolle sekä näiden kuntien alueella toimiville julkisille että yksityisille palveluntuottajille tehtyjen haastatteluiden ja asiakirja-aineiston pohjalta sitä, millaisena terveysasemien kehittämistoiminta näyttäytyy ja miten kunnat ovat organisoineet terveysasematoimintansa (perustuu osin julkaisuun Lehto ym. 2016). Tutkimuskohteena olivat Espoon, Hämeenlinnan, Lahden ja Tampereen kaupunkien omat ja ulkoistetut terveysasemat sekä Peruspalvelukeskus Aavan alueella toimiva Orimattilan ulkoistettu terveysasema. Tarkastelemme aihetta nimenomaan tämän kirjan kahden keskeisen kiinnostuksen kohteen, valinnanvapauden ja integraation näkökulmista. Keskeinen johtopäätöksemme on, että asiakkaiden hoitopaikan valinta ei ole kuntien kehittämistoiminnan ensisijainen painopiste. Sen sijaan kehittäminen on kohdistunut ennen kaikkea paljon palveluja käyttävien ja tarvitsevien pitkäaikaissairaiden palveluihin. Terveysasemien palveluvalikoima vaihtelee niin kaupunkien välillä kuin niiden sisälläkin. Tämä haastaa pohtimaan sitä, mitä asiakas tosiasiaassa valitsee vaihtaessaan terveysasemaa. Valintojen tueksi tarjottavaa vertailutietoa on olemassa niukasti ja terveysasemien palveluvalikoimat ja vastuut erilaisten palvelujen tuotannosta ovat jopa johdon tasolla paikoin epäselviä. Erityisesti monen ammattilaisen palveluja integroidusti tarvitsevien potilaiden osalta valinta voi osoittautua hankalaksi, valinnan mahdollisuudet voivat olla rajallisia ja valinnan seuraukset ei toivottavia. Paljon palveluja tarvitsevan ja käyttävän potilasryhmän näkökulmasta valinnanvapaus näyttää nykyhetkellä tarkoittavan sitä, että asiakas joutuu useimmissa tapauksissa valitsemaan erilaisia palveluvalikoimia tarjoavien terveysasemien välillä.

Valinnanvapaus ei ole kuntien kehittämistoiminnan polttopisteessä

Terveydenhuoltolain edellyttämä potilaan valinnanvapaus merkitsi haastatelluille sosiaali- ja terveydenhuollon johtajille (sekä kunnan että yksityisten palveluntuottajien edustajat) ensisijaisesti potilaan vapautta valita terveysasema. Siitä oli keskusteltu, ohjeistettu ja tiedotettu vähintään kaupungin verkkosivuilla ja yleensä myös terveysasemilla. Oikeus valita sairaala ei näyttänyt olevan terveysasemien johtavien henkilöiden näkökulmasta erityisen merkittävä asia. Potilaan oikeudesta valita hoitava ammattilainen todettiin lähinnä, että vastaanottoajan varauksen yhteydessä on mahdollista pyytää aikaa jollekin muulle kuin ensimmäiseksi ehdotetulle

ammattilaiselle. Hoitavan lääkärin vaihtuminen johtui kuitenkin paljon useammin potilasruuhkasta ja lääkärin vaihtuvuudesta kuin potilaiden toiveista, vaikka hoidon jatkuvuutta pidettiin laatutavoitteena. Pitkäaikaissairaille pyrittiin kuitenkin useimmilla terveysasemilla turvaamaan joko omalääkäri tai oma vastuuhoitaja, jotta asiakas tarvittaessa saattoi vaihtaa. Kaiken kaikkiaan terveysaseman vaihto hahmottui haastatteluaineistossa neljässä merkityksessä, joita käymme seuraavana läpi.

Nyt välttämätön paha, tulevaisuudessa ehkä kehittämispolitiikan väline

Valinnanvapaudella ei näyttänyt olevan suurta merkitystä terveysasemien toiminnan kehittämiseksi. Tämä johtunee ainakin osin siitä, että valinnanvapauden nykysovellukset eivät sisältäneet merkittäviä taloudellisia kannustimia tuottajille esimerkiksi potilasmäärän kasvattamiseen. Lisäksi yksityisiä palveluntuottajia sitovat kunnan kanssa tehdyt sopimukset, jotka sisältävät melko vähän joustovaraa toiminnan sisältöjen muuttamiseen (tilaaja määritteli myös toimipisteen sijainnin). Kolmas selitys liittyy asiakkaiden puutteellisiin arvioituihin (ja tiedettyihin) mahdollisuuksiin tehdä tietoon pohjautuvia valintoja.

Kuten alla olevista kuvauksista käy ilmi, kaikissa kunnissa Hämeenlinnaa lukuun ottamatta oli ulkoistettu vähintään yksi terveysasema, joka sijaitsi kaupungin keskustassa tai hyvien liikenneyhteyksien varrella. Kaupungeissa oli pyritty luomaan vertailuasetelma yksityisten ja kunnallisen terveysasemien välille. Vertailut näyttivät kuitenkin palvelevan enemmän hallintoa kuin potilaiden valintoja ja palvelujen kehittämistä. Toisaalta kunnat pitivät yksityisiä palveluntuottajia tärkeinä benchmarking-kohteina, joiden toiminnasta pyrittiin ottamaan oppia.

Yksityisille terveysasemille oli luotu hinnoittelujärjestelmiä (Espoo ja Tampere), jotka perustuivat pääasiassa väestöpohjaiseen hinnoitteluun (sekä listattujen asiakkaiden ikään ja mahdollisiin laatubonuksiin). Kun hinnoittelu aluksi perustui vain terveysaseman vastuulla olevaan väestömäärään, yksityiset terveysasemat kokivat, että uusien asiakkaiden hankinta ei ollut kannattavaa. Ensinnäkin vain osa väestöstä käyttää terveysasemien palveluita (suuri osa käyttää työterveyshuoltoa). Kokemuksen mukaan terveysaseman vaihtajat olivat usein niitä, jotka käyttivät palveluja runsaasti, mikä osoittautui Valint-hankkeen yhteydessä toteutetussa terveysaseman vaihtajille suunnatussa kyselyssä paikkansapitäväksi. Vaihtajien suuremman palvelukäytön takia yksityiset palveluntuottajat eivät pitäneet asukaskohtaisia keskiarvokustannuksia oikeana lähtökohtana hinnoittelulle. Hankkeen aikana korvauserusteita muutettiin niin, että terveysaseman vaihtajista maksettiin selvästi väestöpohjaista hintaa suurempi korvaus. Terveysaseman vaihtaminen muodostuikin lähinnä eräänlaiseksi terveysaseman maineen mittariksi, ei niinkään niiden toiminnan kannalta kiinnostavaksi kannusteeaksi.

Yksityisen ja julkisen sektorin välillä oli kannustavuudessa selkeä ero. Kunnalliset terveysasemat eivät käytännössä saaneet mitään lisäresursseja, mikäli heille tu-

li uusia asiakkaita (eivät toisaalta menettäneetkään, mikäli asiakkaita vaihtoi pois). Myös asemien resursoinnissa oli eroja. Kunnallisten terveysasemien resurssien ja velvollisuuksien koettiin muuttuvan monen muunkin tekijän kuin hoidossa olevien potilaiden määrän mukaan, eikä resursseja yleensä tullut lisää, vaikka potilasmäärä kasvoi. Yksityisten asemien resurssien taas oletettiin olevan vakaat sopimuskauden ajan. Kaiken kaikkiaan yksityisillä ja kaupungin omilla terveysasemilla ei haasteena nähty niinkään potilasmäärän lisääntymistä vaan pikemminkin sitä, miten nykyisen potilasmäärän suhteen selvittää. Toisaalta, kahdella yksityisellä terveysasemalla uusia potilaita oli tullut siinä määrin, että sillä oli ollut vaikutuksia joko henkilöstömäärään tai tiloihin.

Haastateltavat olivat melko yksimielisiä siitä, että potilaille ei ole tarjolla riittävästi vertailutietoa harkitun valinnan tekemiseksi. Useimmissa organisaatioissa oli tarjolla tietoa asiakastytyvyydestä (happy or not -laite tai laajempi kysely), mutta tiedot olivat vaihtelevasti tarjolla internetissä. Lisäksi Espoossa (yksityinen terveysasema) ja Hämeenlinnassa oli kehitelty pitkäaikaissairauksien hoitoon laatumittareita, mutta tieto oli varsin rajatusti asiakkaiden käytössä. Terveysaseman vaihtojen määriä ja suuntia koskevaa tietoa tuotetaan ja julkistetaan kaupunkien verkkosivuilla, mutta sitäkin vaihtelevasti.

Myöskään terveysasemien resurssit, tilat ja sijainti eivät ole helposti vertailtavissa. Terveysasemilla on hyvin erilaisia vastuuta esimerkiksi koulu- ja opiskeluterveydenhuollon, työterveydenhuollon, vanhusten asumispalvelujen ja kotihoidon, joidenkin erityisten potilasryhmien ja päivystyksen suhteen. Terveysasemien palveluvalikoima ei ollut selkeästi kenenkään tiedossa. Jopa terveyskeskuksissa johtavassa asemassa oleville ammattilaisille oli välillä epäselvää, mitä palveluja kaupungin toisilla terveysasemilla on tarjolla ja mitä ei – eli mitä palveluja potilaan mahdollinen terveysaseman vaihto koskisi. Asiakas, joka käyttää esimerkiksi mielenterveyspalveluja, voi saada nämä palvelut joltakin terveysasemalta, mutta toisilla, pienemmillä terveysasemilla palvelu on usein haettava muualta. Palvelutarjonta mainittiin kuitenkin yhtenä tekijänä, jonka pohjalta jotkut asiakkaat tekevät valintojaan. Esimerkiksi samoissa tiloissa sijaitseva laboratorio nähtiin tekijänä, joka vaikutti siihen, että asiakkaat halusivat pysyä terveysasemalla tai siirtyä sinne.

Vaihtamalla palveluja lähempää, lyhemmällä jonotusajalla tai parempilaatuisina

Toisessa merkityksessä vaihto-oikeus hahmottuu pikemminkin kertaluonteisina mahdollisuuksina siirtyä terveysasemalta kuin jatkuvaksi liikkeeksi kulloinkin parhaimman kehitystason saavuttaneen aseman suuntaan. Suuren osan toteutuneista terveysaseman vaihdoista oletettiin olleen siirtymisiä vaihtajan arjen ja liikkumisen kannalta paremman sijainnin omaavalle terveysasemalle. Espoossa vaihtoja oli tapahtunut olettavasti kieliperustein ruotsinkieliseksi tunnetulle asemalle ja muista kaupungeista poiketen myös naapurikaupunkiin. Osa vaihdoista oli ollut siirtymi-

siä vanhalle tutulle terveysasemalle, josta kaupunki oli siirtänyt asukkaita pois osana terveysasemaverkoston muutoksia. Sijainnin tärkeydestä ihmisten vaihtamisen syytä kertoo yksityissektorilta esille noussut kritiikki siitä, että tuottajat eivät saaneet itse päättää vastaanoton sijaintia, vaikka sen nähtiin olevan keskeinen kilpailutekijä.

Kritiikistä huolimatta erityisesti kaupunkien keskustoihin perustetut yksityiset, ulkoistetut terveysasemat olivat pystyneet luomaan jossain määrin muita paremman maineen. Näille terveysasemille vaihdettiin varsin usein, jopa siinä määrin, että tällä oli vaikutuksia henkilöstömäärään ja tiloihin. Haastateltavien mukaan on kuitenkin mahdotonta sanoa, missä määrin asiakkaat vaihtoivat laatuun liittyvän käsityksen eikä terveysaseman hyvän sijainnin vuoksi. Asemien markkinointi ei perustunut mainoksiin, vaan pikemminkin median kautta muodostuneeseen imagoon ja tyytyväisten potilaiden lähipiirissään antamaan kuvaan terveysaseman palveluista.

Kolmannessa merkityksessä vaihto-oikeus hahmottuu potilaan yritykseksi hakea lyhempää jonotusaikaa tai tyydyttävämpää hoitosuhdetta aseman ammattilaisiin. Jonotusajat ovat kuitenkin erilaisia potilaan ongelman kiireisyyden mukaan ja vaihtelevat terveysasemilla jopa muutamien kuukausien aikavälillä. Tämän takia ei edes keskimääräistä jonotusaikaa luonnehtiva kolmas vapaana oleva kiireetön ajanvarausaika lääkärin vastaanotolle kalenteripäivissä mitattuna (ns. T3-luku) ennakoiko kovin hyvin sitä, miten vaihtaminen käytännössä vaikuttaa yksittäisen potilaan jonotusaikaan. Tyytymättömyys hoitavaan ammattilaiseen mainittiin joskus aseman vaihdon perusteena, joskin tällaisia vaihtoja arvioitiin olevan vähän. Ne koettiin kuitenkin merkityksellisiksi sekä vaihtajille että aseman henkilökunnalle.

Neljännessä merkityksessä terveysaseman vaihdot liitettiin sinänsä harvinaisiin, mutta keskustelua aiheuttaneisiin potilaisiin, joiden oletettiin olevan aina palveluunsa tyytymättömiä ja vaihtavan pikemminkin tyytymättömyyden ilmauksena kuin pyrkimyksenä saada uudelta asemalta paremmin itselleen sopivaa palvelua.

Palvelujen integraatio ja palveluvalikoima vaihtelevat terveysasemien välillä – mitä käy valinnanmahdollisuuksien?

Hoidon integraatio hahmottui terveysasemien johtavien ammattilaisten näkökulmasta ennen muuta eri ammattilaisten yksittäisille potilaille antaman hoidon yhteensovituksen suunnitelmalliseksi toteutukseksi. Kroonisesti sairaiden hoidon kehittämisen ”terveyshyötymalli” on keskeinen kehitystyön lähtökohta. Kuten jatkossa esiteltävistä kuvauksista voi huomata, Hämeenlinna ja Lahti olivat ryhtyneet pitkäaikaissairaiden hoidon edistämiseksi melko radikaaleihin, koko kunnan palveluverkkoon liittyviin organisaatiouudistuksiin. Kaupungeissa oli muodostettu erityiset terveysasemayksiköt, joihin oli keskitetty lääkäreiden ja hoitajien lisäksi eri ammattilaisia paljon palvelua tarvitseville potilaille. Näihin yksiköihin ohjattiin muusta vastaanottotoiminnasta eniten hoidon integraatiota tarvitsevia potilaita. Tampereel-

la ja Espoossa pitkäaikaissairaiden hoitoa pyrittiin puolestaan koordinoimaan sisällä ja määrittelemään palveluketjuja terveysaseman ulkopuolelle.

Kaikissa kaupungeissa ja Attendo Orimattilan alueella oli meneillään palvelu- ja paljon käyttäville tai tarvitseville sekä pitkäaikaissairaille potilaille tarkoitettu ammattilaisten ja potilaan yhteistyössä laatiman hoitosuunnitelman teko. Asiassa oltiin kuitenkin monilla terveysasemilla käynnistysvaiheessa ja eteneminen koettiin haastavaksi lääkärin rekrytointivaikeuksien, niukkojen henkilöresurssien ja potilaiden pitkien jonotusaikojen vuoksi. Moniammatillinen yhteistyö ja työnjako olivat kaikilla terveysasemilla kehittämiskohteena. Integraation edistämisen näkökulmasta kaikilla tutkimuksen kohteena olevilla terveysasemilla keskeinen kehittämisen painopiste oli hoitajan ja lääkärin työnjaon kehittäminen. Tähän liittyen hoitajan roolia sekä hoidossa että mahdollisessa yhteistyössä muiden ammattilaisten kanssa pyrittiin vahvistamaan. Jos integraatiota rakennettiin omatyöntekijän varaan, omatyöntekijä oli useimmiten omahoitaja tai lääkäri-hoitaja -työpari eikä pelkkä omalääkäri. Yhtenä syynä hoitajan roolin vahvistamiseen pidettiin hoitajien vähäisempää vaihtuvuutta. Perusterveydenhuollossa omatyöntekijän valinnan kannalta omahoitajan tai omatyöparin valinta nouseekin keskeiseksi tekijäksi omalääkärin valinnan rinnalle.

Kaikilla terveysasemilla oli tarjolla lääkärin ja hoitajan vastaanottopalveluja. Muilta osin terveysasemaan (hallinnollisena ja/tai tilallisena yksikkönä) kuuluvat palvelut vaihtelivat suuresti sekä kaupungista toiseen että kaupunkien sisällä. Kotisairaanhoido, äitiys- ja lastenneuvolat ja suun terveydenhoito eivät kuuluneet terveysasemien hallintoon millään tutkimuksemme terveysasemalla. Tosin useimmat terveysasemat vastasivat alueensa kotihoidon, neuvoloiden ja koulu- ja opiskeluterveydenhuollon lääkäripalveluista, mutta ne tuotettiin erillään terveysaseman yleisistä vastaanottopalveluista. Tampereella ja Lahdessa kotihoidossa oli omia lääkäripalveluja vanhuspalvelujen organisaatiossa. Lahdessa ja Hämeenlinnassa pitkäaikaissairaiden hoitoon keskittyvillä pääterveysasemilla oli lähtökohtaisesti saatavilla erityistyöntekijöiden palveluja samoissa fyysisissä tiloissa. Espoossa ja Tampereella laajempia palveluja oli keskitetty kunkin suuralueen yhdelle asemalle. Lähes kaikilla terveysasemilla ja etenkin ulkoistetuilla asemilla yhteistyö ja integraatio sosiaalitoimen palvelujen kanssa koettiin varsin vähäisenä. Sosiaalitoimen palvelut ovat usein fyysisesti erillään perusterveydenhuollon vastaanottopalveluista. Pienemmillä ja ulkoistetuilla asemilla toivottiin usein joko omaksi palveluksi tai helpommin saatavaksi psykiatristen sairaanhoitajien, mielenterveyshoitajien, päihde- ja sosiaalityöntekijöiden palveluja. Yhteistyön mahdollisuudet etenkin päihdepalvelujen kanssa koettiin hankalasti hahmotettavaksi.

Se, millä tavoin esimerkiksi suun terveydenhuolto, neuvolapalvelut, fysioterapia, sosiaalityö, kotihoito ja erityistyöntekijät integroidaan perusvastaanottopalveluihin vaikuttaa siihen, miten potilas käsittää sen kokonaisuuden, jonka itse asiassa vaihtaa terveysasemaa vaihtaessaan. Erityisesti monen ammattilaisen integroitujen palveluja tarvitseville potilaille valinta voi osoittautua hankalaksi, valinnan mahdollisuudet voivat olla rajallisia ja valinnan seuraukset ei-toivottavia. Heidän näkökul-

mastaan valinnanvapaus näyttää tarkoittavan sitä, että asiakas joutuu useimmissa tapauksissa valitsemaan erilaisten palveluvalikoimien eikä samaa palveluvalikoimaa tarjoavien eri tuottajien (terveysasemien) välillä.

Suunnitelmallisen, potilaskohtaisen yhteistyön tekeminen oli vähäistä myös erikoissairaanhoidon kanssa. Yhteys erikoissairaanhoidon hahmottui pääasiassa perinteiseksi lähetteen, palautteen ja mahdollisten yhteisten koulutustilaisuuksien tai suunnitteluryhmien avulla toteutuvaksi toiminnaksi. Lisäksi joidenkin sairauksien potilasryhmäkohtaisia hoitopolkuja oli määritelty yhdessä erikoissairaanhoidon edustajien kanssa. Hämeenlinnan ja Lahden paljon palveluja käyttäviin potilaisiin keskittyvillä asemilla oli joko organisaation omia tai vierailevia erikoislääkäreitä, joiden konsultointi koettiin helpommaksi. Asiakasta ei tarvinnut erikseen lähettää erikoissairaanhoidon, vaan vastaus ongelmaan saatiin saman tien.

Terveysasemien organisointitavat

Taulukossa (1) on kuvattu hankkeeseen osallistuneiden kaupunkien terveyskeskusten organisointimallit pääpiirteissään. Hämeenlinna ja Lahti pyrkivät ryhmittelemään asiakkaat eri terveysaseman tai tiimin vastuulle potilaan avun tarpeen mukaan. Karkeasti kyse on jaosta pitkäaikaissairaiden ja vain satunnaisesti palveluja käyttävien hoitoon. Espoossa ja Tampereella kaikki terveysasemat tarjosivat palveluja sekä pitkäaikaissairaille että satunnaisille kävijöille. Näissä kunnissa asiakassegmentointia toteutettiin terveysasemien sisällä. Hämeenlinna ja Lahti olivat puolestaan ryhtyneet pitkäaikaissairaiden hoidon edistämiseksi koko kunnan palveluverkkoon liittyviin organisaatiouudistuksiin. Kaupungeissa oli muodostettu paljon palveluja käyttävien potilaiden hoitoon keskittyvät terveysasemayksiköt, joille oli keskitetty lääkäreiden ja hoitajien lisäksi muiden ammattilaisten palveluja. Näihin yksiköihin ohjattiin muusta vastaanottotoiminnasta eniten hoidon integraatiota tarvitsevia potilaita.

Taulukko 1: Terveysasemien organisointitavat tutkimuskunnissa

ORGANISATORINEN SEGMENTOINTI		TERVEYSASEMAKOHTAISET HOITOPOLUT	
LAHTI		TAMPERE	ESPOO
ASUKASLUKU 31.12.2014	103 754 kasvu alle 0,5%/v	67 976 kasvu alle 0,5%/v	265 543 kasvu yli 1,5%/v
TUNNUSPIIRTEITÄ SUHTEESSA MAAN KESKIVERTYKSEEN	- Yli 65-vuotiaiden osuus hieman korkeampi -THL:n sairastavuusindeksi hieman korkeampi -työterveyshuollon osuus avoterveydenhuollon kustannuksista keskimääräinen	- Yli 65-vuotiaiden osuus hieman alempi -THL:n sairastavuusindeksi hieman alempi -työterveyshuollon osuus avoterveydenhuollon kustannuksista keskimääräinen	- Yli 65-vuotiaiden osuus huomattavasti suurempi -THL:n sairastavuusindeksi huomattavasti alempi -työterveyshuollon osuus avoterveydenhuollon kustannuksista huomattavasti suurempi
TERVEYSASEMAT	4 terveysasemaa: Pääterveysasema ja 3 lähiklinikkaa, joista 2 ulkoistettua	12 terveysasemaa: 10 omaa ja 2 ulkoistettua terveysasemaa. Lisäksi kaupunki tuottaa Oriveden palvelut.	11 terveysasemaa, joista 2 ulkoistettua. Kivenlahti (Kaupungin oma) ja ulkoistettu Omälääkäri Espoon (Mediverkko) nettobudjettoituja.
ORGANISOINTIMALLI	Perustuu asiakkaiden organisatoriseen segmentointiin koko kaupungin alueella yhdistettynä monituottajamalliin	Perustuu asiakkaiden organisatoriseen segmentointiin kanavamallilla pääterveysasemalla, ei kaupunkialueen muilla terveysasemilla eikä kuntaliitosalueilla	Terveysasemakohtaiset hoitopolut, monituottajamalli, Suuralueilla on yksi laajemman palvelutarjonnan terveysasema, muut kapealla palvelutarjonnalla (lääkäri-sairaanhoidot)
ASIAKKAIDEN SEGMENTOINTI	Kunnan tasolla: pitkäaikaissairaat ja paljon palveluja käyttävät keskittään pääterveysasemalle, muut asiakkaat käyttävät lähiklinikoita	Kanavamalli yhdellä terveysasemalla, so. terveyshyötymallin piiriin otetaan asiakkaita tiettyin kriteerein. Muille asiakkaille on omat väylät. Terveysasemakohtaisia hoitopolkuja on pitkäaikaissairaille myös muilla terveysasemilla.	Terveysasemakohtaisia hoitopolkuja on pitkäaikaissairaille. Lisäksi esim. Diabeteskeskus vastaa 1-tyyppin diabeetikkojen hoidosta.

ORGANISATORINEN SEGMENTOINTI		TERVEYSASEMAKOHTAISET HOITOPOLUT	
LAHTI	HÄMEENLINNA	TAMPERE	ESPOO
VALINTA KUNNAN SISÄLLÄ	Klinikoiden asiakkaat: kyllä, tavoitteena laajentaa valintaa yllä ja vaatimusten, lähtökäytännön ja asiakkaan voimat käydä toisen lähtökäytännön päätteeksi tulevia terveyshyötyjä asiakkaaksi tulevia terveyshyötyjä asiakkaaksi tulevia terveyshyötyjä asiakkaaksi tulevia terveyshyötyjä	Kyllä kerran vuodessa. Suuren terveydenhuollon osalta toisesta kunnasta vaihtava siirtyä Tampereen hammashoidon piiriin. Tampereen sisältä vaihtava osalta ei suurta merkitystä, koska asiakkailla vapaa hakeutumis- ja siirtymä.	Kyllä kerran vuodessa, mutta neuvolan ja suuren terveydenhuollon valinta on irrotettu terveysaseman valinnasta.
ULKOISTUKSET	Kaksi lähtökäytännön	Kaksi terveysasemaa	Kaksi terveysasemaa
HOITAVAN HENKILÖN VALINTA	Lähtökäytännön asioilla ei käytännössä ole omaa työntekijää, hänet pyritään ohjaamaan samalle työntekijälle. Pääterveysasemalla on oma hoitaja, ei omalla lähtökäytännön henkilöllä voi vaihtaa	Omalla lähtökäytännön voi vaihtaa, mikäli omalla lähtökäytännön on. Kahdella terveysasemalla lähtökäytännön hoitaja työpari pitkäaikais- ja sairaalle. Käytännöt vaihtelevat. Jos oma työntekijä on nimetty, voi vaihtaa.	Kaupungin omilla asemilla ei omalla lähtökäytännön- tai omalla hoitajamallilla, mutta pitkäaikais- ja sairaalle. Kahdella ulkoistetulla asemalla pitkäaikais- ja sairaalle. Käytännöt vaihtelevat. Jos oma työntekijä on nimetty, voi vaihtaa.
PALVELU- TARPEEN ARVIOINTI, PUHELINPALVELU	Keskittetty puhelinpalvelu, pääterveysasemalla on aloitettu oma puhelinpalvelu.	Terveysasemien oma puhelinpalvelu	Terveysasemien oma puhelinpalvelu

1 Lähteet:

Hujanen Timo, Mikkola Henna: Työterveyshuollon palvelujen kustannusten alueelliset erot. Nettityöpaperi 42/2013. Kelan tutkimusosasto Tilasto- ja indikaattoripankki Sotkanet.fi, Terveyden ja hyvinvoinnin laitos Väestötietokeskus, Tilastokeskus

Hämeenlinna

Hämeenlinnan kaupungissa oli vuoden 2014 lopussa noin 68 000 asukasta. Väkimäärä lisäytyi edelliseen vuoteen nähden vajaalla 200 hengellä. Yli 65-vuotiaiden osuus väestöstä oli jonkin verran korkeampi kuin koko maassa. THL:n sairastavuusindeksi oli Hämeenlinnassa hieman koko maan keskiarvoa alempi. Työterveyshuollon osuus perusterveydenhuollon avohoidon ja työterveyshuollon kokonaiskustannuksista oli korkeampi kuin koko maassa keskimäärin.

Perusterveydenhuollon palvelut tuotettiin vuodesta 2009 tilaaja-tuottaja –toimintatapaa käyttäen Hämeenlinnan terveyspalvelut –liikelaitoksessa. Liikelaitoksen perustaminen ajoitettiin samaan aikaan, kun Hämeenlinnan alueen kuusi kuntaa yhdistyi uudeksi Hämeenlinnan kaupungiksi. Liikelaitos lakkautettiin vuoden 2015 alussa ja tuotanto siirrettiin kaupungin omaksi toiminnaksi. Perusterveydenhuollon palvelutuotanto oli kaupungin organisaatiossa osana terveyspalveluja, joka toimi kaupunginhallituksen alaisuudessa. Tilaajaorganisaationa toimi terveyden ja toimintakyvyn edistämisen lautakunta. Hämeenlinnassa oli kahdeksan terveysasemaa, joista neljä Hämeenlinnan kantakaupungin alueella ja neljä Hämeenlinnaa vuonna 2009 liittyneiden kuntien alueella.

Hämeenlinna yhdisti samaan aikaan keskustan alueen terveysasemia ja jakoi aluetta palvelevan pääterveysaseman kahteen tiimiin: terveyshyötytiimiin ja episoditiimiin. Terveyshyötytiimiin valittiin asiakkaat tietojärjestelmien tietojen perusteella siten, että terveyshyötytiimiin ohjattiin pitkäaikaissairaat, joiden sairaus ei ollut hallinnassa tai he käyttivät runsaasti palveluja. Asiakkaat ohjattiin terveyskeskuskäynnin yhteydessä terveyshyötytiimiin, mutta asiakkaiden oma halu ja sitoutuminen hoitoon olivat keskeisiä tekijöitä. Alueen 27 000 asukkaasta noin 5 prosenttia oli sellaisia pitkäaikaissairaita, jotka valikoituivat terveyshyötytiimiin. Hämeenlinna pyrki löytämään asiakkaat tiettyjen indikaattoreiden perusteella ja kriteerejä on muutettu matkan varrella jossakin määrin. Kriteerien tarkoituksena oli löytää sellaiset asiakkaat, jotka hyötyisivät moniammatillisesta, terveyshyötymallin mukaisesta toiminnasta. Pitkäaikaissairaiden – joiden sairaus ei ollut tasapainossa – lisäksi terveyshyötytiimiin valikoitiin paljon palveluja käyttäviä asiakkaita. Episoditiimiin jäivät pitkäaikaissairaat, joiden hoito oli hallinnassa sekä sellaiset asiakkaat, joiden käynnissä oli kyse tietystä episodista, joka alkaa ja loppuu. Hämeenlinnan muilla terveysasemilla asiakkaita ei ryhmitelty organisatorisesti, mutta toimintamalli pyrittiin jalkauttamaan myös niihin. Terveysasemilla oli oma puhelinpalvelu. Asiakkailla oli mahdollisuus vaihtaa terveysasemaa muuten, mutta pääterveysaseman terveyshyötytiimin asiakkaiden tuli täyttää tietyt kriteerit. Lisäksi pienemmillä terveysasemilla lääkäreiden listat olivat joskus täysiä, jolloin sinne ei voinut siirtyä.

Hämeenlinnan periaatteena oli hoitaa asiakas mahdollisimman kevyellä palvelulla: sähköisin palveluin, suoraan puhelimesta, ryhmätoimintana, hoitajakäynnillä tai lääkärikäynnillä (raskain palveluvaihtoehto). Molemmissa tiimeissä oli panostettu siihen, että asiakkaan asia voitiin hoitaa suoraan puhelimesta, mikä edellytti sitä, että puhelintyötä tekevillä oli mahdollisuus konsultoida lääkärinä välittömästi. Joh-

tamisyjärjestelmä poikkesi muiden kuntien järjestelmistä. Hoitajat olivat prosessin-omistajia ja esimiesasemassa toiminnan johtamisen suhteen. Lääkäreillä ja hoitajilla oli kuitenkin oma esimies henkilöstöasioissa.

Hämeenlinnassa sekä terveyshyötytiimin että episoditiimin käytössä oli moniammatillinen työntekijäjoukko, johon kuului psykiatrisia sairaanhoitajia, fysioterapeutteja, päihdehuollon työntekijöitä ja sosiaalityöntekijä (fyysisesti samalla käytävällä, mutta kaupungin sosiaalihuollon organisaatiossa). Lisäksi geriatri ja muita erikoislääkäreitä oli tiimien käytössä samoissa tiloissa. Fysioterapeuteista ja psykiatrisista sairaanhoitajista oli nimetty aina joku yhteyshenkilöksi, johon otettiin yhteyttä. Kaikki ammattikunnat pystyivät lähettämään ja vastaanottamaan tietojärjestelmän kautta viestin, mikä helpotti nopeaa konsultaatiota. Eri ammattiryhmät pystyivät näkemään tietojärjestelmistä terveysaseman, erikoissairaanhoidon, vanhuspalvelujen ja kotihoidon tiedot, mutta ei päihdehuollon tietoja. Tiimityössä korostettiin, että palvelut räätälöidään asiakkaiden tarpeiden mukaan. Mallin käytönotossa oltiin siinä vaiheessa, että työtavat alkoivat vakiintua.

Terveyshyötytiimissä korostettiin työskentelyä moniammatillisena tiiminä, jossa hyödynnetään myös muut palvelut, kuten ryhmätoiminta. Asiakkaalle oli nimetty vastuuhoitaja, joka koordinoi hoitoa potilaalle laaditun hoitosuunnitelman mukaisesti. Lääkärin rooli oli muutettu enemmänkin konsultoivaksi. Mallissa korostettiin asiakkaan toimijuutta. Tavoitteena oli, että asiakas määrittelee itse tarpeensa ja lääkäri tunnistaa lääketieteelliset seikat. Asiakkaalla oli vastuuhoitajan suorat yhteystiedot ja tarkoituksena oli, että asiakas ottaisi suoraan yhteyttä vastuuhoitajaan. Varsin usein hoitajat pystyivät huolehtimaan asiakkaiden hoidosta itsenäisesti, tarpeen vaatiessa konsultoiden lääkäriä. Yleensä vastuuhoitaja oli yksi terveysaseman hoitajista, mutta oli myös mahdollista, että vastuuhoitaja oli esimerkiksi A-klinikan hoitaja. Omaa lääkäriä ei ollut nimetty. Mikäli asiakas tarvitsi useamman ammatillaisen palveluja, hänelle luotiin moniammatillinen tiimi hänen tarpeidensa mukaan. Tavoitteena oli hoitaa asia suoraan puhelimesta tai sitten ohjattiin asiakas suoraan oikealle ammatilliselle. Samoin, kun asiakas oli esimerkiksi kontrollikäynnillä hoitajan vastaanotolla, hoitajalla oli mahdollisuus konsultoida lääkäriä, joka tuli asiakkaan luokse tarvittaessa. Lääkärikäynnille tullessa asiakas tuli yleensä ensin valmistelevalle käynnille hoitajalle, joka kävi läpi lääkitykset ja mittaukset. Mikäli asiakkaan tilanne oli hallinnassa, lääkärikäyntiä ei tarvittu. Yksi hoitajista oli työvuorossa ns. resurssihoitaja, jolla ei ollut varattuja aikoja mutta joka hoiti sähköiset asiointit sekä päivystysasiakkaat. Tämä järjestely johtui siitä, että myös akuuttiasiat hoidettiin päiväsaikaan terveyshyötytiimin kautta.

Episoditiimissä pyrittiin samoin hoitamaan asiakkaan asia mahdollisimman kevyellä hoidolla, kuten e-Omahoidon sähköisillä palveluilla tai ryhmätoiminnassa. Puhelinpalveluun oli panostettu siten, että puhelinpalvelun tukena oli lääkäri, jolla ei ollut omia vastaanottoaikoja. Asiakkaan asia (esim. reseptin uusiminen) voitiin hoitaa lääkärin kanssa suoraan tai asiakas voitiin ohjata tarvitsemaansa palveluun (laboratorio, röntgen, fysioterapia) ilman käyntiä terveysasemalla. Turhien käyntien vähentäminen helpotti työkuormaa eikä asiakkaan tarvinnut odottaa hoitajan

vastaanotolle pääsyä ja tulla myöhemmin lääkärin vastaanotolle uudestaan. Asiakas ohjattiin pääsääntöisesti hoitajan vastaanotolle, mikäli hän tuli vastaanotolle varaamatta aikaa. Hoitajat pystyivät enenevässä määrin ratkaisemaan asiakkaan asian joko itsenäisesti tai tarvittaessa konsultoimalla lääkäriä. Lääkäreiden työvuorot oli jaettu siten, että toisena päivänä aamupäivä oli vastaanottoja, iltapäivä toimistotöitä (puhelintyö, reseptit, konsultaatioihin vastaamista), toisena päivänä toisinpäin. Asiakkailta ei ollut omalääkäreitä tai omahoitajaa, mutta pitkäaikaissairaat pyrittiin ohjaamaan samoille työntekijöille. Heidän osaltaan pyrittiin suunnitelmallisuuteen ja hoitokoordinaattorit vastasivat toiminnasta, lääkäreiden rooli oli konsultoiva silloin kun asiakkaiden sairaus oli hallinnassa. Fyysiset tilat oli järjestetty siten, että lääkäreillä ei ollut omia huoneita. Myös episoditiimissä lääkäri kävi tarvittaessa hoitajan vastaanotolla pyydettyä konsultoidessa, jolloin erillistä lääkäriaikaa ei tarvittu.

Lahti

Lahden kaupungin asukasmäärä oli vuoden 2014 lopussa noin 104 000. Asukasmäärä kasvoi edelliseen vuoteen nähden noin 300 hengellä. Yli 65-vuotiaiden osuus kaupungin väestöstä oli hieman korkeampi kuin koko maassa keskimäärin. Myös THL:n sairastavuusindeksi oli Lahdessa jonkin verran koko maan keskiarvoa korkeampi. Työterveyshuollon osuus perusterveydenhuollon ja työterveyshuollon kokonaiskustannuksista oli samalla tasolla kuin maassa keskimäärin. Perusterveydenhuollon palvelut olivat osa terveyspalveluja ja kuuluivat sosiaali- ja terveystoimialaan, jonka muita palveluja terveyspalvelujen lisäksi olivat hyvinvointipalvelut sekä vanhusten palvelut ja kuntoutus. Päätöksentekoaikana toimi sosiaali- ja terveyslautakunta. Lahden terveyskeskus muodostui pääterveysasemasta ja kolmesta lähiklinikasta. Pääterveysaseman ja yhden lähiklinikan palvelut tuotti kaupunki ja kahden lähiklinikan palvelut Mediverkko Oy, joka siirtyi vuonna 2015 Mehiläinen-konsernin omistukseen.

Lahdessa siirryttiin nykyiseen perusterveydenhuollon avohuollon tuotantomalliin vuoden 2014 alusta, joten malli oli tiedonkeruuhetkellä ollut toiminnassa alle vuoden ja uuden mallin aloittamiseen liittyneet käynnistysvaikeudet leimasivat toimintaa. Lahden käyttöönotettava malli perustui terveyshyötyajattelun mukaiseen hoidon porrastukseen, jossa pitkäaikaissairaille, monisairaille ja paljon palveluja tarvitseville rakennetaan oma hoitopolku, joka eroaa muiden perusterveydenhuollon asiakkaille tarjotuista palveluista. Pitkäaikaissairaiden palvelut oli keskitetty pääterveysasemalle ja vähemmän palveluja tarvitsevat asiakkaat kävivät kolmella lähiklinikalla, joilla oli oma alueellinen vastuuväestönsä. Tämän lisäksi Päijät-Hämeen sosiaali- ja terveysyhtymän ylläpitämän keskussairaalan yhteydessä toimiva Akuutti24-päivystykseen ohjautuivat suoraan sairaalahoidon tarpeessa olevat, ambulanssikuljetukset ja tapaturmapotilaat. Lisäksi kauppakeskuksessa toimivassa terveysoskissa asiakkaille annettiin neuvontaa ja tehtiin pienimuotoisia hoitotoimenpiteitä. Pääterveysaseman ja lähiklinikoiden lääkärit vastasivat perusvastaanottotoiminnan

lisäksi opiskelija- ja kouluterveydenhuollosta sekä neuvoloiden lääkäripalveluista. Kotihoidon asiakkailta oli omat lääkärit vanhustenhoidossa, mutta kotihoidon resurssipula näkyi etenkin pääterveysasemalla kotihoidon asiakkaiden hakeutuessa sinne.

Omaksuttu toimintamalli poikkesi Hämeenlinnassa omaksutusta mallista siten, että Lahdessa mallia sovellettiin koko kaupungin alueella. Toinen ero oli, että lähes kaikki pitkäaikaissairaat oli listattu pääterveysaseman asiakkaiksi. Tavoitteena oli, että pääterveysasemalle ohjattaisiin lähiklinikoilta yhteensä noin 10 000 asiakasta, joka oli noin 10 prosenttia kaupungin väestöstä ja noin 20 prosenttia julkisella järjestämisvastuulla olevan perusterveydenhuollon asiakkaista, joita arvioitiin olevan koko kaupungissa noin 40 000. Kolmen lähiklinikan tehtäväksi jäi huolehtia vähemmän palveluja tarvitsevien asiakkaiden hoidosta. Mediverkon kanssa tehdyn sopimuksen mukaan Mediverkon kahdelta asemalta tuli ohjata 7 500 asiakasta pääterveysasemalle ja loput oli määrä tulla kaupungin ylläpitämältä Itäiseltä lähiklinikalta. Tavoite oli lähes täyttynyt tiedonkeruuhetkellä. Listaamista ei voitu tehdä suoraan rekistereistä, vaan lähiklinikat veloitettiin ohjaamaan asiakas pääterveysasemalle tiettyjen ehtojen täytyessä siinä vaiheessa, kun asiakas tulee vastaanotolle tai soittaa keskitettyyn puhelinalpalvelu Terveysneuvon. Tärkeimpiä kriteerejä olivat diagnoosit tietystä perussairauksista, kuten diabetes ja sydämen vajaatoiminta. Myös ne asiakkaat, jotka olivat käyttäneet lääkäripalveluja vuoden aikana vähintään kolme kertaa, listattiin pääterveysaseman asiakkaiksi, vaikka taustalla ei olisikaan pitkäaikaissairautta. Varsin pian oli kuitenkin havaittu, että osa näistä asiakkaista ei ollut pitkäaikaisen hoidon ja seurannan tarpeessa. Asiakkaiden siirrot olivat aiheuttaneet jonkin verran hämmennystä myös pitkäaikaissairaiden asiakkaiden keskuudessa, sillä osa ei olisi halunnut vaihtaa tuttua terveysasemaa pääterveysasemalle. Tiedonkeruuhetkellä pääterveysaseman asiakkaiden osalta ei ollut laadittu menettelytapoja siinä tilanteessa, joissa asiakas haluaa siirtyä tai pääterveysasema haluaa siirtää asiakkaan takaisin lähiklinikan asiakkaaksi. Myöhemmin perustettiin työryhmä, joka harkitsee asiakkaiden siirrot asiakkaiden tarpeeseen ja valinnanvapauden perustuen. Menettelytapaa kutsutaan harkituksi valinnanvapaudeksi ja sitä perusteltiin hoidon porrastuksella kevyen palvelun lähiklinikoiden ja laajempia palveluja tarjoavan pääterveysaseman välillä.

Lahdessa oli tiedonkeruuhetkellä käytössä keskitetty ajanvaraus, jotta eri asemat saataisiin helpommin toimimaan yhdenmukaisesti. Sekä pääterveysasemalla että lähiklinikoilla keskitettyä ajanvarausta pidettiin ongelmallisena, koska sen koettiin vievän terveysasemien henkilöstöltä mahdollisuuksia vaikuttaa omaan työhönsä ja sen katsottiin hankaloittavan kiinteän hoitosuhteen luomista asiakkaisiin. Tiedonkeruun aikana pääterveysasemalle perustettiin oma puhelinalpalvelu, jossa vastaajina toimivat aseman omahoitajat. Keskitetystä puhelinalpalvelusta on tiedonkeruujankohdan jälkeen luovuttu myös lähiklinikoilla, mutta terveysneuvonnalle on edelleen oma keskitetty palvelunsa.

Monituottajamalli, jossa suuri osa perusterveydenhuollosta on ulkoistettu, on toiminut Lahdessa jo pitkään. Taustalla oli alusta alkaen lääkärivaje, jota paikkaa-

maan osa palvelutuotannosta ulkoistettiin jo ennen siirtymistä nykyiseen organisaatiomalliin. Kaupungin näkökulmasta on ollut tärkeää, että ulkoistetut asemat pystytään liittämään tiiviiksi osaksi koko organisaatiota. Yksityisen palveluntuottajan kanssa tehdyt sopimukset kuitenkin vähentävät jossakin määrin joustavuutta, jolloin muutosten tekeminen uuteen toimintamalliin monituottajamallissa on hidasta ja edellyttää uusia sopimusneuvotteluja.

Uusi toimintamalli ajautui vaikeuksiin toiminnan alkaessa vuoden 2014 alussa. Toimintamallista tiedotettiin laajasti ja asukkaiden patoutunut palveluntarve purkautui. Samalla kaupungin taloustilanteesta johtuen uuteen toimintamalliin siirryttäessä ei pystytty lisäämään resurssointia ja esimerkiksi aiemmin jononpurussa käytetyistä ostolääkäripalveluista jouduttiin luopumaan. Seurauksena oli huomattava jonojen kasvu sekä pääterveysasemalla että lähiklinikoilla.

Pääterveysasema

Pääterveysasemalle keskitettiin pitkäaikaissairaat ja paljon palveluja tarvitsevat asiakkaat, jotka tarvitsivat vaativaa perusterveydenhuoltoa. Vastaanottotoiminnan lisäksi pääterveysasemalla toimi tartuntatautiin yksikkö ja palveluneuvonta, jossa työskenteli lähihoitajia ja sihteereitä. Perusvastaanottotoiminnan henkilöstö jakautui noin puoliksi lääkäreihin ja sairaanhoitajiin. Lisäksi asiakkaiden käytössä oli joukko muita terveydenhuollon ammattilaisia ammattilaisia (psykiatri, lastenlääkäri, reumalääkäri, gynekologi, psykiatrisia sairaanhoitajia, päihdehoitajia, diabetesyksikkö), jotka tosin olivat osin eri johdon alaisia (kuten diabetesyksikkö ja psykiatriset sairaanhoitajat). Fysioterapiapalvelut hoidettiin läheteellä. Suuri erikoispalvelujen määrä samassa rakennuksessa ja osin saman hallinnon alla helpotti hoidon integrointia. Palvelujen integroinnin Päijät-Hämeen keskussairaalan tuottamaan erikoissairaanhoitoon koettiin pääosin toimivan, mutta ongelmana olivat kaupungin ja keskussairaalan erilaiset tietojärjestelmät, jotka hankaloittivat tiedon kulkua perustoinnissa, kuten laboratoriopalveluissa. Asiakkaat eivät myöskään saaneet laboratoriotuloksia suoraan sähköisesti, vaikka muutoin sähköisiä palveluja oli pyritty kehittämään. Tämä heikensi mahdollisuuksia omahoidon kehittämiseen. Erityisenä haasteena oli palvelujen integrointi sosiaalipalveluihin. Pääterveysaseman asiakkaista moni oli myös sosiaalihuollon asiakkaana esimerkiksi päihdeongelmien takia, mutta kaupungin perusterveydenhuollossa ei ollut omia sosiaalityöntekijöitä ja yhteydenpito sosiaalipalveluihin koettiin vähäisenä.

Pääterveysasema toimii periaatteessa lääkäri-hoitaja -työparimallilla, mutta mallin käyttöönotto oli kesken. Lääkäreiden vaihtuvuus ja resurssivaje olivat hankaloittaneet huomattavasti mallin hallittua käyttöönottoa. Lääkäritilanne oli kuitenkin helpottumassa ja esimerkiksi nuorten lääkärien työssä viihtymistä pyrittiin helpottamaan nimetyillä tutoreilla. Kaupungin tavoitteena ollut pitkäaikaissairaiden ja paljon palveluja tarvitsevien asiakkaiden tilanteen haltuunotto ei hankkeen tiedonkeruuhetkellä vielä ollut lähtenyt liikkeelle toivotusti. Tavoitteena oli, että asiakkaille

nimettäisiin omahoitaja. Omaa nimettyä lääkäriä ei mallin mukaan ole, mutta asiakas pyrittiin ohjaamaan samalle lääkärille. Omahoitajaa ei ollut nimetty ja pitkäaikaissairaiden hoidon suunnitelmallisuuden kannalta olennaista hoitosuunnitelmaa ei pystytty tekemään läheskään kaikille asiakkaille hankalan jonotilanteen takia. Jonotilannetta pahensi ostopalvelumahdollisuuksien poistuminen kaupungin säästötoimien takia. Jonot sekä hoitajien että lääkärien vastaanotoille olivat useita kuukausia ja usein vastaanottoaikoja ei voitu antaa lainkaan. Vastaanottoaikojen puuttuessa monet asiakkaat saapuivat suoraan aseman akuuttivastaanottoon, mutta myös se oli ruuhkautunut ja asiakkaita jouduttiin ohjaamaan usein Akuutti24-päivystykseen.

Sekä asiakkaat että henkilöstö kokivat vaikean jonotilanteen raskaana ja turhauttavana. Lääkärit toivoivat tiiviimpää yhteyttä hoitajapariinsa ja etenkin hoitajat pitivät tilannetta erityisen vaikeana, koska hoitajavastaanotolle tulevat asiakkaat olivat pääterveysasemalla lähes kaikki monisairaita ja lääkäriä ei voinut läheskään aina konsultoida, jolloin hoitajat kokivat jäävänsä yksin hoitotilanteessa. Pitkät jonot olivat johtaneet asiakkaiden ongelmien kasaantumiseen jonotusaikana.

Asiakasohjaus tapahtui kaupungin keskitetyn puhelinpalvelun kautta, mutta osa asiakkaista tuli myös suoraan paikan päälle. Akuuttivastaanotossa pyrittiin siihen, että asiakkaat kävisivät ensin hoitajan luona, mutta sääntö ei ollut ehdoton. Osa asiakkaista ohjattiin suoraan lääkärin vastaanotolle, jos hoitajavastaanottoa ei pidetty tarpeellisena. Hankkeen tiedonkeruun aikana pääterveysasemalla aloitti vaikean jonotilanteen takia oma puhelinpalvelu. Puhelinpalvelussa työskentelevät terveysaseman omat hoitajat pystyvät hoitamaan osan asioista puhelimesta ja samalla omahoitajat saavat paremman otteen omien asiakkaidensa tilanteesta. Lisäksi painetta pyritään vähentämään siirtämällä paljon aikaa vievän ryhmätöiminnan painopistettä esimerkiksi Marevan-potilaiden ja diabeetikoiden alkuohjaukseen ja ryhmävastaanottoon. Pääterveysaseman ongelmista huolimatta asiakkaiden segmentointia pidettiin lähtökohdiltaan positiivisena asiana. Asiakkaiden palvelujen integrointi helpottuu ja segmentointi antaa asiantuntijoille mahdollisuuden keskittyä ja erikoistua oman erikoisalansa potilaiden hoitoon.

Lähiklinikat

Lahden muut kolme terveysasemaa olivat ns. lähiklinikoita. Asemien henkilöstö koostui pääasiallisesti vain lääkäreistä ja sairaanhoitajista. Kuitenkin tarvittaessa lähiklinikoiden asiakkaita voitiin ohjata pääterveysaseman erikoisalojen lääkäreille ja hoitajille. Lähiklinikoilla tehty työ oli organisaatiomuutoksen jälkeen muuttunut merkittävästi pitkäaikaissairaiden siirryttyä pois asiakkaista. Asiakaskunnan hoidontarve oli aiempaa kevyempi, jota pidettiin ammattiosaamisen kehittämisen kannalta osin ongelmallisena. Yleislääkärin työn tulisi lähtökohtaisesti olla laaja-alaista, mutta lähiklinikkamallissa uhkana koettiin, että työ muuttuu liian yksipuoliseksi ja että lääkärien ja hoitajien ammattitaidon ja asiantuntemuksen ylläpito vaikeutuu. Osa lähiklinikoiden hoitajista oli erikoistunut hoitamaan esimerkiksi diabeetikkoja,

mutta tätä asiantuntemusta ei voitu enää juuri hyödyntää, koska diabeetikkojen palvelut oli keskitetty pääterveysasemalle ja osin erikoissairaanhoidon. Toisaalta uusi tilanne antoi lisää mahdollisuuksia terveyden edistämistyöhön. Samoin malli antoi nuorille lääkäreille mahdollisuuden ensin perehtyä lähiklinikalla yleislääkärin työhön ja vasta sitten siirtyä vastaamaan monisairaiden asiakkaiden vaativista palvelutarpeista pääterveysasemalle. Lähiklinikoita perustettaessa toiminnan resursseja ei juurikaan kasvatettu. Uusi toimintatapa laukaisi kuitenkin patoutuneen palvelutarpeen purkautumisen, mikä johti nopeasti pääterveysaseman tapaan hoitojonon huomattavaan kasvuun lähiklinikoilla, vaikka asiakaskunta itsessään ei ollut enää niin kuormittavaa kuin ennen. Jonot vastaanottoajoille olivat pitkiä sekä kaupungin omalla että ulkoistetuilla lähiklinikoilla.

Valinnanvapaus toteutui lähiklinikoiden asiakkailla toisin kuin pääterveysasemalle ohjatuilla asiakkailla. Tavoitteena oli, että asiakkaat voisivat koska tahansa valita haluamansa lähiklinikan. Asiakkaat pystyivät käyttämään myös muiden lähiklinikoiden päivystyspalveluja. Kahden ulkoistetun lähiklinikan asemien palvelutuotannosta vastaavan Mediverkon kanssa kaupunki oli erikseen sopinut erillistä korvauksesta, mikäli ulkoistetulle aseman päivystykseen tulee toisen lähiklinikan asiakas.

Itäinen lähiklinikka jäi uudessa toimintamallissa osaksi kaupungin omaa toimintaa. Aseman henkilöstöön kuului lääkäreitä, sairaanhoitajia ja avustajia. Aseman väestöpohja oli uudessa toimintamallissa 25 000 asukasta, joista osa kuului aiemmin keskustan alueelle. Toiminnan alkuvaiheessa noin 2000 asiakasta käytti valinnanvapautta ja siirtyi takaisin keskustan lähiklinikalle. Lisäksi noin 2000 kriteerit täyttävää asiakasta oli siirretty pääterveysaseman asiakkaiksi. Väestössä oli paljon lapsiperheitä, mikä näkyi vastaanotolla lapsiasiakkaiden suurena määränä. Toiminta oli uuden organisaatiomallin myötä muuttunut huomattavasti aiempaa enemmän akuuttivastaanottopainotteisemmaksi. Asiakkaat tulivat asemalle joko keskitetyn puhelinpalvelun kautta tai suoraan akuuttivastaanottojonoon, jossa palveluneuvojina toimivat lähihoitajat päättivät, lähetetäänkö asiakas sairaanhoitajan vai lääkärin vastaanotolle. Lähihoitajan arvioon perustuva menettelytapa tarkoitti sitä, että kaikkia asiakkaita ei lähetetty automaattisesti ensin sairaanhoitajalle. Osalle asiakkaista oli määritelty omahoitaja, mikäli se arvioitiin asiakkaan kannalta hyödylliseksi. Tavoitteena oli tehdä hoitosuunnitelmia niistä hyötyville asiakkaille, mutta jonotilanne oli vaikeuttanut tämän tavoitteen saavuttamista. Ennen organisaatiomuutosta asema osallistui Hyvä vastaanotto -hankkeeseen ja hankkeen yhtenä tuloksena hoitajilla oli lääkäriyöpari myös uudessa mallissa, mutta lääkärin vaihtuvuus koettiin ongelmaksi.

Mediverkko vastasi Keskustan lähiklinikasta ja Eteläisestä lähiklinikasta. Mediverkon asemat poikkesivat yrityksen Espoossa sijaitsevasta Oma Lääkärisi -asemasta siten, että Lahdessa asemien toiminta oli kilpailutuksen yhteydessä kytketty tiukasti kaupungin etukäteen määrittelemään toimintamalliin. Espoon asemalle annettiin enemmän vapauksia organisoida toimintansa yrityksen omista lähtökohdista käsin. Keskustan lähiklinikan alueella oli 45 000 asukasta, josta merkittävä osa oli ikäänty-

neitä. Lähiklinikka sai heti toiminnan alkuvaiheessa noin 3 000 terveysasemaa vaihtanutta asiakasta Itäiseltä ja Eteläiseltä lähiklinikalta.

Keskustan lähiklinikan henkilöstö koostui lääkäreistä, sairaanhoitajista ja lähihoitajista. Lähiklinikan akuuttivastaanotto hoidettiin läheisen kaupunginsairaalan tiloissa erillään muusta vastaanottotoiminnasta. Lääkärit tekivät pääsääntöisesti sekä akuuttivastaanottoa että muuta vastaanottoa. Asemalla ei noudatettu lääkärihoitaja -työparimallia. Hoitajien työpanos asiakkaan hoidossa korostui, sillä heillä oli enemmän kiinteitä asiakassuhteita, ja vaikka suuri osa pitkäaikaissairaista oli siirretty pääterveysasemalle, lähiklinikan asiakkaille pyrittiin tarvittaessa tekemään terveyshyötymallin mukaisesti hoitosuunnitelmia. Hoitajille oli asetettu tavoitteet tietyn hoitosuunnitelmamäärän tekemisestä. Yksi lääkäri toimi päivittäin hoitajien konsulttina. Vastaanottotyö oli hoitajapainotteista, sillä asiakas meni ilmoittautumisen jälkeen aina ensin sairaanhoitajan vastaanotolle esiselvitysten tekoa varten toisin kuin kaupungin omissa yksiköissä, joissa asiakas saattoi mennä suoraan lääkärin vastaanotolle. Konsulttilääkäri kutsuttiin tarvittaessa hoitajan huoneeseen esimerkiksi tekemään läheteet eikä konsulttilääkärillä ollut omia vastaanottoaikoja. Konsulttilääkärin lisäksi klinikalla oli päivystävä lääkäri, jolla oli myös omia vastaanottoaikoja, mutta kaikki asiakkaat tulivat lääkärin vastaanotolle valmisteltuna. Keskustan lähiklinikalla koettiin uuden toimintamallin korostavan ennaltaehkäisevää ja asiakkaiden sairauksien hoitotasapainon ylläpitämiseen liittyvää työtä.

Yhtenä toiminnan kehittämisen ongelmana pidettiin keskitettyä puhelinpalvelua, sillä sen katsottiin hankaloittavan asiakassuhteiden ylläpitoa ja suunnittelua. Suurimpana ongelmana olivat pitkät hoitojonot, sillä vastaanottoaikaa voi joutua odottamaan kolme kuukautta, vaikka sopimuksen mukaan vastaanotolle tulisi päästä kahdessa viikossa.

Espoo

Espoon asukasluku oli vuoden 2014 lopussa noin 265 000. Väestömäärä oli kasvanut nopeasti ja kasvu oli ollut vuosittain yli 4 000 henkilöä. Yli 65-vuotiaiden osuus väestöstä ja THL:n sairastavuusindeksi olivat selvästi alempia kuin kunnissa keskimäärin. Merkittävä osa väestöstä hankki tarvitsemansa perusterveydenhuollon palvelut muualta kuin kaupungin järjestämistä palveluista. Työterveyshuollon osuus perusterveydenhuollon ja työterveyshuollon kokonaiskustannuksista oli huomattavasti maan keskiarvoa korkeampi. Perusterveydenhuollon palvelut kuuluivat osana terveyspalveluja sosiaali- ja terveystoimeen, jonka poliittisena päätöksentekuelimenä toimi sosiaali- ja terveyslautakunta.

Kaupungilla oli 11 terveysasemaa, joista yhdeksän palvelut olivat kaupungin itsensä tuottamia ja kaksi asemaa oli ulkoistettu Oma Lääkärisi -konseptilla toimivalle Mediverkolle, joka siirtyi Mehiläisen omistukseen vuoden 2015 alussa. Terveysasemien väestöpohjat poikkesivat huomattavasti toisistaan. Pienimpien asemien väestöpohja oli noin 10 000, kun suurimmalla alueella eli Tapiolassa se oli yli 40 000.

Kaupungin tavoitteena ei asukasmäärän nopeasta kasvuvauhdista huolimatta ole ollut lisätä terveysasemien määrää lähivuosina. Toisaalta tavoitteena ei ole myöskään ollut keskittää toimintoja entistä harvempiin ja suurempiin yksiköihin.

Perusterveydenhuollon suurimmat ongelmat olivat liittyneet palvelujen saatavuuteen. Akuuttien saatavuusongelmien korjaaminen nähtiin kaupungissa ensisijaisena kehittämiskohteena ja jonotilanne oli parantunut jonkin verran. Tilanteen korjaantumiseen olivat vaikuttaneet riittävä lääkärin määrä, toimintatapojen muuttaminen joillakin terveysasemilla ja ulkoistettujen asemien tehokkuus.

Espoo oli edennyt palvelujen asiakasryhmäkohtaisessa segmentoinnissa varovaisesti. Pisimmälle pitkäaikaissairauksien hoidon integroinnissa oli päästy 1-tyyppin diabeteksen hoidossa. Kaupungilla ja Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiirillä (HUS) oli yhteinen diabeteskeskus Jorvin sairaalassa, jonne oli keskitetty 1-tyyppin diabeetikkojen perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon palvelut. Muiden pitkäaikaissairauksien palvelut tuotettiin pääosin asiakkaan omalla terveysasemalla. Kaupungilla oli Jorvin sairaalassa terveyskeskuspäivystys, mikä tuki yhteistyötä sairaanhoitopiirin kanssa. Kaupungin ja HUS:n välinen yhteistyö oli vilkastumassa muutaman vuoden hiljaisemman vaiheen jälkeen, mutta yhteistyön laajuus vaihteli erikoisaloittain. Kaupunki oli pääosin luopunut omista erikoislääkäritoiminnoista, mikä korosti HUS:n asemaa osana terveydenhuollon kokonaisuutta. Espoolaiset käyttivät runsaasti HUS:n palveluja kaupungin väestön alhaisesta keski-ikästä ja matlasta sairastavuusindeksistä huolimatta.

Espoo oli ollut kehittämässä pitkäaikaissairaiden hoitomalleja perusterveydenhuoltoon. Käytännön työssä tämä oli näkynyt toimintakuvausten laatimisena eri pitkäaikaissairauksien hoidossa. Pisimmälle oli edetty diabeteksen sekä verenpaine- ja sepelvaltimotaudin hoidossa. Toimintakuvausten avulla voitiin sopia asiakkaan ja hoitajan välisestä työnjaosta sairauden hoidossa. Periaatteellisella tasolla kaikki terveysasemat on sitoutettu menettelemään toimintakuvausten määrittelemällä tavalla, joten asiakkaan vaihtaessa terveysasemaa kaupungin sisällä, hoidon periaatteet säilyvät. Käytännössä asemat hyödynsivät toimintakuvauksia omassa työssään vaihtelevasti.

Espoo oli jaettu viiteen suuralueeseen, joissa aina yhdelle terveysasemalle oli koottu laajempi joukko ammattilaisia. Suuralueen muilla terveysasemilla oli lähinnä lääkärin ja hoitajien perusvastaanottopalvelut. Suuremmille asemille oli keskitetty joitakin toimintoja, kuten ambulanssiliiikenne ja tartuntatautiyksikkö sekä tyypillisiä potilastapauksia: tapaturmapotilaat, murtumaepäilypotilaat. Myös laboratoriopalvelut oli sijoitettu isoimmille asemille. Kaikki terveysasemat tuottivat lääkäripalvelut kouluille ja kotihoitoon.

Kaupungin strategisena linjauksena perusterveydenhuollon palvelutuotannossa oli ollut pyrkiä monituottajamalliin ja luoda näin kaupungin asukkaille aito valinnan mahdollisuus. Ulkoistamiseen oli päädytty myös siksi, että terveysasemille ei ollut saatu rekrytoitua lääkäreitä ja toisaalta benchmarkingin vuoksi eli haluttiin ottaa oppia yksityisen terveysaseman käytännöistä. Ulkoistettu terveysasema oli toiminut tehokkaasti ja samalla kaupungin omat terveysasemat olivat kehittäneet toiminta-

sa ja niiden suorituskyky oli parantunut. Kaupungin linjauksena oli monituottajamallissa säilyttää enemmistö perusterveydenhuollon palveluntuotannosta kaupungin omana toimintana.

Espoossa oli kehitetty vastaanottotoimintaa pitkään, mm. Hyvä vastaanotto – hankkeessa. Terveysasemilla oli käytössä tiimimalli ja siihen soveltuva paikallinen sopimus. Suuremmilla terveysasemilla oli kaksi tiimiä, pienemmillä yksi. Eri terveysasemilla oli kuitenkin hieman toisistaan poikkeavia työn organisointimalleja. Asiakkaille ei ollut määritelty pääsääntöisesti omaa lääkäriä. Pitkäaikaissairaiden hoitoa ei ollut eriytetty millään terveysasemalla, mutta hoitoa oli mallinnettu ja hoidon prosessit oli kuvattu. Pitkäaikaissairaiden hoito noudatteli Espoossa pitkälti terveyshyötymallia. Hoitaja toimi koordinaattorina ja tapasi potilaan ensin. Vaikka omaa lääkäriä ei ollut määritelty, pyrittiin hoitosuhteen jatkuvuuteen ja asiakkaan ohjaamiseen samalle lääkärille. Tämä kuitenkin toimi terveysasemilla vaihtelevasti. Asiakas voi halutessaan vaihtaa lääkäriä, mutta ongelmana olivat joidenkin lääkäreiden pitkät jonot, jolloin vaihtaminen ei käytännössä ollut mahdollista.

Espoo käytti sähköistä asiointia, ja asiakas pystyi näkemään mm. omat laboratoriotuloksensa nettisovelluksella. Kaupunki johti Omaha- ja digitaaliset arvopalvelut (ODA) -kärkihanketta, jonka tavoitteena oli muotoilla uudelleen sosiaali- ja terveyspalvelujen perinteistä toimintamallia kehittämällä sähköisiä palvelukokonaisuuksia ja uusia palveluprosesseja. Mikäli asiakas halusi vaihtaa terveysasemaa kaupungin sisällä, neuvolan ja hammashuollon palvelut sai valita erikseen eli niitä ei ollut sidottu terveysaseman valintaan. Mikäli vaihto tapahtui kuntien välillä, myös nämä palvelut siirtyivät vastaanottavan kunnan vastuulle. Vaihdamiskäytäntöjen on koettu toimivan kaupungissa varsin hyvin. Vaihdaminen on kokonaisuudessaan ollut kuitenkin vähäistä. Kuntien välillä asiakkaita oli Espoosta siirtynyt jonkin verran lähinnä Kauniaisien toisaalta ruotsinkielisten palvelujen, toisaalta sijainnin vuoksi. Yhtenä haasteena Espoossa koettiin suuri ulkomaalaistaustaisten väestön osuus. Heidän tapansa käyttää palveluja on usein erilaista, eikä esimerkiksi helposti hyväksyttyä sitä, että hoitaja ottaa asiakkaan vastaan lääkärin asemesta.

Samarian terveysasema

Espoon kaupungin ylläpitämällä Samarian terveysasemalla oli vuonna 2012 pitkät jonot (jopa 6-7 kuukautta) ja vain puolet lääkärin viroista oli täytetty. Sitä vastoin hoitajien virat oli täytetty. Terveysasemalla pystyttiin hoitamaan akuutit asiat, mutta kiireetön hoito oli suurissa vaikeuksissa. Tästä lähtökohdasta alettiin henkilöstön yhteistoimintana miettiä, miten työn voisi organisoida toisin ja olisiko mahdollista siirtää osa lääkärin tehtävistä hoitajille. Samalla 50 000 asukkaan väestöpohjasta 14 000 siirrettiin Mediverkko Oy:n aseman hoidettavaksi (5 lääkärin työpanos), joten jäljelle jäi 36 000 asukkaan väestöpohja (noin 19 lääkärin asema).

Ensimmäinen muutos tehtiin päivystystoimintaan. Hoitajista 5-7 oli päivystäviä hoitajia, joille osa potilaista tuli suoraan, osa keskitetyn ajanvarauksen kaut-

ta. Kun asiakkaita oli kiireisimpinä aikoina noin 150 ja hiljaisempina aikoina 40-50 päivässä, näistä vain noin 20 prosenttia tarvitsi lääkärin apua. Aiemmin noin 80 prosenttia asiakkaista kävi lääkärin vastaanotolla. Osalla hoitajista oli rajattu reseptikirjoitus oikeus, joille ohjattiin osa asiakkaista, kun aiemmin kaikki lääkemääräyksiin liittyvät asiakastapaukset ohjautuivat lääkärille. Suoraan terveysasemalle tulevat ottivat jonotusnumeron päivystävälle hoitajalle. Lääkäri tuli tarvittaessa hoitajan vastaanottohuoneeseen, eikä asiakkaiden tarvinnut erikseen jonottaa lääkärille. Aseman jonotilanne saatiin hallintaan toimintamallia muuttamalla.

Samarian terveysasemalla oli uudistettu myös pitkäaikaissairaiden hoitoa. Pitkäaikaissairaille postitettiin omahoitolomake ja varattiin aika laboratorioon sekä sairaanhoitajalle. Vastaanotolla käytiin omahoitolomake ja laboratorioarvot läpi. Reseptin uusimisesta lähetettiin lääkärille reseptipyynnö, mutta erillistä lääkärikäyntiä ei automaattisesti tarvittu. Toimintaa kehitettiin myös lisäämällä sähköisten palvelujen käyttöä ja kannustamalla asiakkaita käyttämään niitä laboratoriovastausten katsomiseen ja hoitoon kohdistuvissa kyselyissä. Asiakkaiden sähköisen asioinnin kautta esittämiin kysymyksiin vastaamisesta huolehti ensisijaisesti 3 hoitajaa ja tarvittaessa kysymys ohjattiin lääkärin vastattavaksi. Sekä hoitajista että lääkäreistä osa oli keskittynyt osaamisalueensa mukaisiin asiakasryhmiin (kuten diabetes tai reuma). Lääkäri-hoitaja -parityöskentelyä ei Samarian asemalla ollut. Yhtenä mallin käyttöönoton esteenä nähtiin lääkäreiden vaihtuvuus. Työntekijät saattoivat oman erityisalueensa ja osaamisensa mukaan vaikuttaa, työskentelevätkö enemmän päivystyksessä tai pitkäaikaissairaiden hoidossa. Käytössä oli kuuden viikon työlistat, joissa yksi viikko oli aina samaa tehtävää. Omaa lääkäriä tai hoitajaa ei asiakkaalle ollut nimetty, mutta asia oli harkinnassa ja asiakkaalle pyrittiin huolehtimaan tuttu kontaktihenkilö. Diabeetikoilla oli aina sama hoitaja. Hoidon integraation osalta terveysasemalla oli tiedostettu kehittämistarve ja tavoitteena oli, että asemalle saataisiin psykiatrisia sairaanhoitajia, päihdehoitajia, sosiaaliohjaajia ja fysioterapeuttia.

Oma Lääkärisi Espoontori Mediverkko Oy (Mehiläinen Oy)

Mediverkon Oma Lääkärisi Espoontori aloitti toimintansa Espoon kaupungin ulkoistettuna terveysasemana toukokuussa 2013. Tiedonkeruuhetkellä asema oli toiminut noin puolitoista vuotta. Asema toimi Espoon keskuksessa ja sen väestöpohjana olevalla alueella oli 14 000 asukasta, jotka kuuluivat aiemmin Samarian terveysaseman alueeseen. Väestössä painottui muuta kaupunkia enemmän huono-osaisuus ja maahanmuuttajaväestön suuri määrä. Aseman aloitettua toimintansa aseman peittävyys väestöstä nousi nopeasti alle 40 prosentista noin 50 prosenttiin, kun vastaanotolle pääseminen helpottui. Asemalla oli käytössään hieman enemmän hoitajakuin lääkäriresursseja ja lääkäreistä valtaosa ei tehnyt perinteistä työaikaa. Asemalla pyrittiin joustavaan toimintamalliin, jossa työntekijät voivat itse valita työaikansa. Etenkin hoitajissa oli tiedonkeruuhetken aikoihin ollut jonkin verran vaihtuvuutta. Aseman lääkärit vastasivat terveysaseman lisäksi alueen ehkäisyneuvoloiden, lastenneuvoloiden, koulujen ja kotisairaanhoidon lääkäripalveluista.

Mediverkon ja kaupungin välinen sopimus oli rakennettu niin, että se mahdollisti toiminnan kehittämisen ilman kaupungin suunnalta tulevaa tiukkaa ohjausta, mikä oli asemalla koettu myönteisenä. Toisaalta lääkärimäärä oli sovittu sopimuksessa, mitä pidettiin osin ongelmallisena, koska se mm. esti psykiatrisen sairaanhoitajan palkkaamisen. Toimintamallia oli pyritty rakentamaan asiakaslähtöisesti perustamalla asiakasraateja ja järjestämällä yleisötilaisuuksia, joissa oli selvitetty asiakkaiden toiveita. Asiakkaan kohtaamisessa tavoitteena oli ottaa asiakas mukaan hoidon suunnitteluun. Keskeinen tavoite oli saada kehitettyä laadun ja vaikuttavuuden mittaamista ja tulosten raportointia. Espoonton terveysasema oli ollut asiakastytyväisyydeltään hyvä ja hoitoon pääsyn suhteen tehokas. Asema oli tuottanut enemmän hoitaja- ja lääkärikäyntejä samalla rahalla kuin muut terveysasemat. Myöskään viitteitä muita terveysasemia laajemmasta ilta- ja yöaikaisen päivystyksen tai erikoissairaanhoidon käytöstä ei ollut. Yhtenä syynä tähän pidettiin kokeneita lääkäreitä ja sujuvampaa päätöksentekoa.

Asiakkaat ohjautuivat asemalle soittamalla aseman omaan puhelinpalveluun, joka oli kuitenkin usein ruuhkautunut. Puhelintyö ja sen yhteydessä tehtävä hoidon tarpeen arviointi vei merkittävän osan hoitajien työstä ja kuormitti etenkin vähemmän kokeneita hoitajia. Osa asiakkaista tuli myös suoraan päivystykseen.

Pitkäaikaissairaiden hoidossa asemalla pyrittiin noudattamaan terveyshyötymallin mukaista toimintaa. Pitkäaikaissairaat yritettiin tunnistaa jo puhelinsoiton aikana, jolloin heidän asiansa hoitaminen voitiin ohjata suoraan terveydenhoitajalle. Kaksi terveydenhoitajaa kantoi päävastuun pitkäaikaissairaiden hoidosta. Terveydenhoitajien tehtävänä oli toimia pitkäaikaissairaaseen asiakkaan terveysvalmentajana. He arvioivat, tarvitsiko asiakas hoitajavastaanoton lisäksi lääkärin vastaanottoa. Jos asiakkaan hoitotasapaino oli hyvä, lääkärillä käyntiä ei tarvittu. Lääkäri-hoitaja -työparimalli toimi vahvemmin päivystystyössä, jossa tavoitteena oli, että päivystysvuorossa olevalla lääkärillä olisi aina sama hoitajatyöpari.

Pitkäaikaissairaiden hoitoa oli asemalla pyritty kehittämään systemaattisesti. Työn alkuvaiheessa oli keskitytty etenkin diabeetikoiden ja sepelvaltimosairaiden hoitotasapainon parantamiseen seuraamalla säännöllisesti yhteispalaverissa kunkin lääkärin potilaiden terveyden avainlukuja, kuten pitkän aikavälin verensokeritasapainoa, verenpainearvoja ja kolesterolitasoa. Muiden pitkäaikaissairaiden hoidon suunnitelmallisuus ei ollut vielä samalla tasolla.

Suurena haasteena oli pitkäaikaissairaiden ja osin muidenkin asiakkaiden hoidon integraatio muihin perusvastaanottopalveluihin. Asemalla koettiin tarvittavan etenkin fysioterapeutin, psykiatrisen sairaanhoitajan ja psykologin palveluja, jotka olivat saatavissa vain ohjaamalla asiakkaat kaupungin palveluihin. Kaupungin kanssa tehty sopimus painottui lääkärivakansseihin, ei erikoispalveluihin. Kaupungin oma palvelukenttä koettiin asemalla pirstaleisena ja vaarana oli, että asiakkaat ohjautuivat väärään paikkaan tai putosivat pois hoitoketjusta. Tilanne oli ongelmallinen etenkin psykiatrisessa hoidossa ja päihteidenkäyttäjien palveluissa. Integraatio sosiaalipalveluihin koettiin olemattomaksi. Yhteydenotot yhteistyön lisäämiseksi sosiaalipalvelujen kanssa eivät olleet tuottaneet tulosta, vaikka suuri osa pitkäaikais-

sairaista tarvitsee sosiaalihuollon palveluja ja asemalla nähtiin integraatioon suurta tarvetta. Tiedonkulku erikoissairaanhoidon oli koettu varsin hyvänä, mutta kankean lähetekäytännön lisäksi tarvetta olisi vähemmän muodolliselle yhteydenpidolle erikoissairaanhoidon lääkäreiden kanssa.

Päivystyksessä käytettiin usein yhteisvastaanottoa, jossa yksi hoitaja hoiti jonoa ja toinen varattuja aikoja. Hoitaja valmisteli potilaan ja teki alkuhaastattelut, minkä jälkeen lääkäri tulee samaan huoneeseen jatkamaan hoitoa, mikä oli tehostanut lääkäreiden ajankäyttöä. Menetelmällä oli saatu 15 minuutin lääkäriajoilla hoidettua potilaita, joiden hoitoon oli aiemmin mennyt 30 minuuttia. Myös asiakkaiden koettiin olleen tyytyväisiä. Joissakin palveluissa, esimerkiksi luomenpoistoissa, asemalla toimi erityinen luomipoli, jolloin yhtenä ennakoon ilmoitettuna iltana vastaanottoajan jälkeen voitiin hoitaa suuri joukko potilaita. Ryhmävastaanottoja oli myös esimerkiksi painonhallintaongelmista kärsiville.

Hinnoittelu oli lähes puhtaasti väestöpohjainen ja perustui ikävakioituun kapi-taatiokorvaukseen, joka oli jaettu kuuteen ikäryhmään (esimerkiksi 75-85-vuotiaas-ta korvaus on kolminkertainen keskimääräiseen asiakkaaseen verrattuna). Käynti-palkkiota ei ollut, mutta terveysasema sai pitää asiakasmaksun (noin 4-6 prosenttia kustannuksista). Lisäksi oli mahdollista saada kaksi prosenttia bonuksia seitsemän indikaattorin, kuten hoidon saatavuuden, perusteella (kuten hoidon saatavuus). Pie-nimmän korvauksen sai työikäisestä väestöstä. Terveysaseman alueen työikäisessä väestössä korostuivat kuitenkin päihde-, ja mielenterveysongelmat ja maahanmuut-tajien suuri osuus, mikä kuormitti terveysasemaa.

Terveysaseman vaihtajista tulevasta korvauksesta oli tiedonkeruuhetken aikoi-hin sovittu Espoon kaupungin kanssa siten, että kaupunki maksoi asemalle vaihtajan ikään perustuvan ikävakioidun korvauksen lisäksi kaupungin keskimääräisen ikäva-kioidun korvauksen. Lisäkorvausta oli pidetty välttämättömänä, koska aseman ko-kemuksen mukaan aseman vaihtajat olivat useimmiten myös palvelujen aktiivikäyt-täjiä. Valinnanvapauden myötä asema oli saanut uusia asiakkaita noin 300. Toisaalta jonkin verran asiakkaita oli vaihtanut toiminnan alussa takaisin vanhalle terveysase-malleen. Aseman mahdollisuudet ottaa vastaan uusia asiakkaita olivat jo tilojen ta-kia rajatut, joten palveluja ei markkinoitu laajalti.

Tampere

Tampereen kaupungin asukasluku oli vuoden 2014 lopussa noin 223 000. Väestön-kasvu oli ollut nopeaa, sillä kasvua edelliseen vuoteen oli noin 3 000 henkeä. Yli 65-vuotiaiden osuus väestöstä ja THL:n sairastavuusindeksi olivat hieman koko maan keskiarvoa alemmat. Työterveyshuollon osuus perusterveydenhuollon avo-hoidon ja työterveyshuollon kokonaiskustannuksista oli samalla tasolla kuin koko maassa.

Tampereella oli ollut vuodesta 2007 käytössä tilaaja-tuottaja -malli, jossa pal-velujen tilaaminen erotettiin niiden tuottamisesta. Kaupungin perusterveydenhuol-

lon palvelutuotannosta vastasi hyvinvointipalveluihin kuuluva avopalveluiden johtokunta. Palvelujen tilaamisesta vastasi terveyden ja toimintakyvyn edistämisen ydinprosessissa toimiva terveyttä ja toimintakykyä edistävien palvelujen lautakunta, jonka valmisteluelimenä on tilaajayksikkö. Tampereen kaupunki järjesti perusterveydenhuollon vastaanottopalvelut 12 terveysasemalla, joista kahden terveysaseman palvelut oli ulkoistettu Pihlajalinna Oy:lle. Lisäksi kaupunki tuotti Oriveden kaupungin perusterveydenhuollon palvelut kuitenkin niin, että lääkäripalvelut oli Orivedellä ulkoistettu.

Kaikilla terveysasemilla ei ollut saatavissa samoja palveluja, vaan esimerkiksi mielenterveystyöparitoiminta, ja fysioterapiapalvelut oli keskitetty isommille asemille. Hatanpään terveysaseman yhteydessä toimi toimenpide- ja konsultaatioyksikkö, joka tuotti erikoissairaanhoidollisia toimenpiteitä perusterveydenhuollon palveluina kaikille perusterveydenhuollon asiakkaille. Kaupungin omistaman Hatanpään sairaalan yhteyteen oli keskitetty 1-tyyppin diabeetikkojen hoitoonohjaus ja määräämis- ja seurannat. Terveysasemien yhteydessä toimivien aikuisneuvoloiden terveydenhoitajien tehtävänä oli huolehtia sairauksien ennaltaehkäisystä ja tunnistamisesta ja hoitaa alueensa aikuisväestön yleisiä sairauksia yhteistyössä terveysasemien kanssa.

Terveysasemat vastasivat alueensa kotihoidon piirissä olevien asukkaiden lääkäri- ja terveydenhoitajapalveluista. Kaupungissa oltiin kuitenkin siirtymässä joillakin alueilla malliin, jossa kotihoidolle tuli omat lääkärit. Laboratoriot toiminta oli Tampereella ulkoistettu ja vain harvan aseman välittömässä läheisyydessä toimi laboratorio. Suurena kaupunkina Tampereella oli myös omaa erikoissairaanhoitoa ja pääasiallisena yhteistyömuotona olevaa konsultaatiokäytäntöä omaan ja sairaanhoitopiiriin tuottamaan erikoissairaanhoitoon ei pidetty ongelmallisina. Erilaisten tietojärjestelmien takia perusterveydenhuollossa ei kuitenkaan nähty sairaanhoitopiiriin yksiköissä tehtyjä palautteita laboratoriotuloksia lukuun ottamatta. Kaupungin itse tuottamassa erikoissairaanhoidossa tehdyt palautteet olivat perusterveydenhuollossa luettavissa.

Joidenkin asiakasryhmien, kuten astma- ja sydänpotilaiden hoitopolkuja oli muokattu yhdessä erikoissairaanhoidon toimijoiden kanssa. Erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon välinen kotiutustiimi oli kaupungin näkemyksen mukaan toiminut hyvin. Terveyspalvelujen integraatio sosiaalipalveluihin oli sitä vastoin ollut vähäistä ja siinä koetaan olevan paljon kehittämisen varaa. Tavoitteena oli, että sosiaalityöntekijät voisivat aiempaa enemmän jalkautua perusterveydenhuollon yksiköihin ja ensi vaiheessa oli tarkoituksena tiivistää yhteistyötä työttömien palveluissa.

Tampereen kaupungin järjestämän perusterveydenhuollon avopalvelu perustui alueelliseen väestövastuiseen omalääkärijärjestelmään. Kaupungin tavoitteena oli kuitenkin ollut etsiä vaihtoehtoisia organisointitapoja omalääkärijärjestelmälle. Merkittävänä toiminnan kehittämissuuntana oli siirtyminen kohti lääkäri-hoitaja-työparimallia, joka oli ensimmäisenä otettu käyttöön kahdella uudella terveysasemalla (Tipotie, Lielähti). Käytännössä työparimalli oli enemmänkin tiimimalli, sillä työparit toimivat tiimissä, jossa oli kolme lääkäriä, kaksi sairaanhoitajaa ja yksi ter-

veydenhoitaja ja tarvittaessa tiimin kesken hoidettiin tiimin muiden työparien asiakkaita.

Kaupunki oli pilotoinut kahdella omalla terveysasemalla pitkäaikaissairaiden listautumismallia (Tesoma, Linnainmaa) osana Kaste-hankkeeseen kuulunutta Hyvä vastaanotto -hanketta ja näillä asemilla omalääkärijärjestelmä oli purettu. Samalla oli siirrytty ns. blokkiajanvaraukseen, jossa vastaanottoajan pituus vaihtelee syyn mukaan 15 minuutin blokeissa. Lääkärien työaika- ja palkkausjärjestelmää oli samalla muutettu näillä asemilla, mikä oli ollut työläs prosessi ja vaikuttanut muun toiminnan kehittämiseen. Henkilökunnan suuri vaihtuvuus oli hankaloittanut uusien työtapojen käyttöönottoa.

Tampere oli ollut mukana Potku-hankkeissa, joissa kehiteltiin pitkäaikaissairaiden hoitomalleja. Kaupungin linjauksena oli, että pitkäaikaissairailta asiakkailla olisi aina nimetty omalääkäri. Listautumismallia käyttävien asemien toiminta perustui malliin, jossa vain pitkäaikaissairaat voivat listautua omalääkäriille ja vaikka tällainen asiakas ei olisikaan listautunut, hänelle pyrittiin löytämään aika samalle lääkärille. Pitkäaikaissairaiden hoidossa oli otettu käyttöön valmisteltu vastaanotto -toimintatapa, jossa asiakas kävi ensin hoitajan valmistelevalla vastaanotolla, jossa asiakkaan tilanne kartoitettiin. Tämän jälkeen lääkärin vastaanotolla vahvistettiin hoitosuunnitelma ja sovittiin jatkohoidosta. Tavoitteena oli osallistaa asiakas mukaan omaan hoitoonsa ja samalla helpottaa lääkärin orientoitumista asiakkaan ongelmien ratkaisuun. Käytännössä hoitosuunnitelmien tekoon liittyi ongelmia esimerkiksi niiden käytettävyyden ja ajantasaisuuden suhteen.

Tampereen terveysasemilla oli käytössä keskitetty ajanvaraus, josta vastasi terveyspalvelujen neuvonta, joka on auki seitsemänä päivänä viikossa klo 7-22. Terveysasemilla oli myös omia puhelinaikoja, jota kautta asiakkaat voivat saada ajan. Ulkoistettujen asemien asiakkaat ottivat yhteyttä suoraan omaan asemaansa. Kaupungin omilla asemilla kehoitettiin etenkin niitä asiakkaita, joilla oli kiinteä hoitosuhde, ottamaan yhteyttä ensisijaisesti oman hoitajan puhelinajoilla. Asiakkailta oli halutessaan mahdollisuus tulla myös suoraan terveysasemalle ja päästä sitä kautta hoitajan tekemään hoidon tarpeen arviointiin ja mahdollisesti lääkärin vastaanotolle. Tavoitteena oli ollut vähentää ilman ajanvarausta terveysasemille tulevien asiakkaiden määrää, sillä hoitohenkilöstö oli kokenut asiakasvirtojen ennakoimattomuuden erityisen kuormittavana.

Perusterveydenhuollon valinnanvapauden laajentuminen oli Tampereella vaikuttanut eniten yksityisen Omapihlaja Kehräsaaren terveysaseman toimintaan, jonka nettolisäys vaihtaneissa asiakkaissa oli ollut noin 2 000. Toisaalta uudet Tipotien ja Lielahden terveysasemat olivat houkutelleet vaihtajia. Tietyt asemat olivat vastavasti menettäneet asiakkaita, lähtijöitä oli ollut esimerkiksi Tesoman terveysasemalla, joka oli kärsinyt lääkäreiden vastaanottoaikojen vähyydestä. Kokonaisuudessaan terveysasemien vaihtajien määrät olivat kuitenkin olleet melko vähäisiä kaupungin kokoon nähden. Terveysaseman vaihtaminen oli käsittänyt mm. suun terveydenhuollon ja neuvolapalvelut, vaikka nämä palvelut eivät tavallisesti toimineet samoissa fyysisissä tiloissa kuin itse terveysasema.

Tipotien terveysasema

Tampereen kaupungin ylläpitämä Tipotien terveysasema aloitti toimintansa uusissa tiloissa vuonna 2013. Terveysaseman väestövastuualueella oli toimintaa käynnistettyä noin 26 000 asukasta. Aseman henkilökunta tuli Pyynikin ja Rahola-Pispalan terveysasemilta, jotka samalla lakkautettiin. Tipotien terveysaseman toisella edeltäjällä Pyynikin terveysasemalla otettiin ensimmäisenä kaupungin terveysasemista käyttöön lääkäri-hoitaja -työparimalli ja työparimalli siirtyi sieltä Tipotielle. Uuden aseman työtilojen katsottiin sopivan erityisen hyvin juuri lääkäri-hoitaja -työparimallin mukaiseen toimintatapaan.

Tipotien terveysasemalla jokaisella lääkärillä oli hoitajatyöpari. Lääkärin työparina oli useimmiten sairaanhoitaja, mutta lääkärin työparina voi olla myös terveydenhoitaja tai lähihoitaja. Muita aseman työntekijöitä olivat depressiohoitaja-psykologi -työpari, diabeteshoitaja, fysioterapeutti ja liikuntaneuvoja. Asemalla kävi kahtena päivänä viikossa A-klinikan päihdehoitaja. Näitä palveluja käyttivät myös samalla suuralueella olevien muiden terveysasemien asiakkaat.

Työparimallissa osa potilaista otti suoraan yhteyttä hoitajaan, joka arvioi tilanteen ja antoi tarvittaessa lääkäriajan. Lääkärin työparina olevan hoitajan työtila oli fyysisesti aina välioven takana, jolloin potilas voitiin ohjata suoraan jatkohoitoon hoitajalta lääkärille tai lääkäriltä hoitajalle. Lääkäri-hoitaja -työparimalli perustui väestövastuualueisiin. Osalla hoitajista vastuuväestö saattoi olla maahanmuuttajaväestöä, osalla taas iäkkäämpää väestöä, jolloin asiakkaista johtuvat työkuormitus ja haasteet ovat erilaisia. Hoitajavastaanotto oli järjestetty asemalla blokkivastaanottoperiaatteella, kuten listautumismallia käyttävillä asemilla, mutta lääkärit eivät käyttäneet blokkivastaanottoa.

Myös pitkäaikaissairaiden hoidossa Tipotien toimintamalli perustui väestövastuunmalliin eli kukin lääkäri-hoitaja -työpari vastasi oman alueensa pitkäaikaissairaista. Näiden asiakkaiden kanssa pyrittiin käyttämään valmisteltu vastaanotto-toimintatapaa, jossa asiakas kävi ensin noin tunnin kestäväällä valmistelevalla vastaanotolla omahoitajan luona. Hoitaja haastatteli asiakkaan ja selvitti esimerkiksi lääkkeiden käytön. Tämän jälkeen asiakkaalle annettiin aika lääkärille, jonka kanssa asiakas teki yhdessä hoitosuunnitelman.

Asiakkaat ohjautuivat Tipotien terveysasemalle pääosin kahdella tavalla. Asiakkaat voivat soittaa omahoitajan puhelinajoilla aamuisin tunnin ja iltapäivisin puolen tunnin ajan. Puhelimitse hoidettiin hoidon tarpeen arviointia, annettiin ohjausta ja neuvontaa sekä tehtiin ajanvaraukset hoitajalle tai lääkärille. Tavoitteena oli, että ajanvaraukset tehtäisiin omahoitajan kautta, mutta näin ei aina tapahtunut ja osa asiakkaista tuli asemalle kaupungin terveysasemien keskitetyn ajanvarauksen kautta. Ajanvarausjärjestelmä oli helpottanut henkilöstön työskentelyä, sillä aikaisemmin suuri joukko asiakkaita saattoi tulla asemalle ilman ajanvarausta, minkä henkilöstö oli kokenut kuormittavana. Valinnanvapaus ei ollut noussut Tipotien terveysasemalla toiminnan keskiöön. Uutena asemana Tipotielle oli kuitenkin ollut jonkin verran enemmän tulijoita kuin lähtiöitä.

Tesoman terveysasema

Tampereen kaupungin ylläpitämän Tesoman terveysaseman väestöpohja oli noin 18 000 henkeä. Alueen väestössä painottui muuta kaupunkia enemmän työttömien, eläkeläisten ja maahanmuuttajien suuri osuus. Asemalla työskenteli lääkäreitä, hoitajia, terveyskeskusavustajia ja aikuisneuvonnan terveydenhoitajia. Lisäksi asemalla oli kahtena päivänä viikossa päihde- ja mielenterveyshoitaja. Muiden palvelujen, kuten fysioterapian palvelut olivat saatavissa Tipotien asemalta tai asiakas ohjattiin lähetteellä eteenpäin. Tesoman terveysasema osallistui vuonna 2012 alkaneeseen Hyvä vastaanotto -hankkeeseen ja tällöin aseman suurimmiksi ongelmiksi määriteltiin pitkät jonot lääkäreiden vastaanotoille, akuuttiaikojen vähyys, toimiston puhelimen heikko vastausprosentti ja vastaanottojen keskeytyminen. Asiakastytyväisyydessä ja henkilöstön hyvinvoinnissa koettiin olevan kehittämisen varaa.

Tesoman asema siirtyi Hyvä vastaanotto -hankkeen yhteydessä listautumismalliin syksyllä 2013, jossa tietyille pitkäaikaissairaille asiakasryhmille annettiin mahdollisuus listautua tietyille lääkärille, jolloin ajatuksena oli, että asiakas pääsisi aina samalle lääkärille tarvittaessa. Myös sellaiset asiakkaat, joilla ei ollut listattua perustetta, voitiin yhteisymmärryksessä lääkärin kanssa listata. Listautumismallin käyttöönotossa Tesoman asemalla oli kuitenkin ollut suuria ongelmia resurssivajeen takia, joten listautumismalliin liitettyjä odotuksia pitkäaikaissairaiden hoidon paremmasta haltuunotosta ei ollut saavutettu. Asemalta oli lähtenyt kokeneita lääkäreitä ja tilalle oli tullut nuoria erikoistumisvaiheen lääkäreitä, joiden vaihtuvuus oli ollut suurta. Lääkäreiden vaihtuvuus oli hankaloittanut huomattavasti listautumismallin sujuvaa käyttöönottoa. Listautuneiden asiakkaiden määrä oli jäänyt varsin vähäiseksi, koska vastaanottoaikoja ei ollut riittävästi. Lisäksi hoitosuunnitelmien tekeminen ei aina taannut suunnitelmallista hoitoa, koska monilla asiakkailla oli vaikeuksia sitoutua hoitosuunnitelman noudattamiseen. Aseman suurimmat ongelmat olivat tiedonkeruuhetkellä edelleen lääkäriaikojen vähyydessä, sillä lähimmät vapaat kiireettömät lääkäriajat olivat kuuden viikon päässä tai niitä ei ollut lainkaan. Vastaanotto toiminnassa oli pyritty rauhoittamaan muiden lääkärin työtä siten, että yksi lääkäri toimi päivittäin konsultoivana lääkärinä, jota hoitajavastaanottoa pitävät hoitajat voivat tarvittaessa konsultoida.

Tesoman terveysasema joutui vuoden 2015 lopussa luopumaan tiloistaan sisäongelmien takia ja toiminta jakautui kolmeen toimipisteeseen, joista kaksi sijoittui olemassa oleville Tipotien ja Lielahden terveysasemille. Tesoman alueelle suunnitellaan parhaillaan Tesoman hyvinvointikeskusta, joka perustuisi julkisen ja yksityisen toimijan väliseen yhteistyöhön.

Omapihlaja Kehräsaaren terveysasema, Pihlajalinna Oyj

Kehräsaaren terveysasema Tampereen keskustassa oli Pihlajalinna Oyj:lle vuonna 2007 ulkoistettu terveysasema, jonka väestövastuualueella oli noin 18 000 asukasta. Asemalla noudatettiin lääkäri-hoitaja -työparimallia. Kaupungin omista asemis-

ta poiketen Kehräsaaren asemalla ei noudatettu alueellista väestövastuuperiaatetta. Sitä vastoin kullakin työparilla oli noin 700-800 ”avainasiakasta”, jotka olivat listautuneet tai jotka oli listattu työparin asiakkaita. Listautuneilla asiakkailla oli joko jokin krooninen sairaus tai he olivat asiakkaita, jotka olivat itse toivoneet listautumista tietylle työparille. Lisäksi listautumista suositeltiin asiakkaille, joilla arvioitiin olevan hyödyllistä saada pysyvä hoitosuhde elämänhallintaan liittyvien ongelmien takia.

Muista terveysasemista poiketen asiakkaan valinnanvapaudella oli ollut merkittävää vaikutusta aseman toimintaan. Vuonna 2011 voimaan tulleen valinnanvapaussäädösten jälkeen Kehräsaaren asema oli saanut noin 2 800 uutta asiakasta, jotka olivat käyttäneet mahdollisuuttaan valita. Noin 700 asiakasta oli samaan aikaan vaihtanut pois Kehräsaaresta, joten aseman nettolisäys valinnanvapauden myötä oli tiedonkeruuhetkellä noin 2 000 asiakasta. Käytännössä suuri osa poisvaihtajista oli pysynyt Pihlajalinnan asiakkaina, sillä useimmat vaihtajat asuivat Hervannassa ja siirtyivät sinne avatulle uudelle Pihlajalinnan terveysasemalle. Pääsääntöisesti asiakas sai valita oman lääkäri-hoitaja -työparinsa. Vaihtajat ohjattiin kuitenkin tavallisesti aseman uusille lääkäri-hoitaja -työpareille, jotta kaikilla työpareilla olisi pääpiirteissään yhtä monta listattua asiakasta. Aseman kokemuksen mukaan vaihtajat tarvitsivat keskivertoväestöä enemmän palveluja, joten Pihlajalinnan tavoitteena ei ole ollut asiakasmäärien huomattava kasvattaminen, jotta toiminnan liiketaloudellinen kannattavuus säilyisi. Vaihtajista kaupungilta saatu korvaus asiakasta kohden oli kuitenkin jonkin verran korkeampi kuin kapitaatiokorvaus alueen perusväestöstä. Kuntarajojen yli tulneiden vaihtajien osuus oli pieni, mutta koska laskutus oli käyntikohtaista, näistä vaihtajista koitui enemmän hallintokustannuksia sekä tuottajille että kaupungille.

Asema oli menestynyt hyvin kaupungin terveysasemien vertailuissa. Kiireettömän hoidon jonot olivat olleet 9-14 päivää, mikä oli huomattavasti vähemmän kuin useimmilla muilla asemilla. Palvelujen parempi saatavuus oli ollut aseman henkilöstön kokemuksen mukaan Kehräsaaren tulleille terveysaseman vaihtajille tärkeä kriteeri. Monista kaupungin omista asemista poiketen Kehräsaaren asemalla ei ollut toimintansa aikana ollut vaikeuksia henkilöstön rekrytoinnissa, mikä oli heijastunut jonotilanteeseen ja asiakastytytyväisyyteen myönteisesti.

Aseman palveluvalikoima oli kaupungin kanssa tehdyn sopimuksen johdosta suppea. Se rajautui perusvastaanottotoimintaan ja ammattiryhmittäin jaoteltuna henkilöstö koostui lääkäreistä, sairaanhoitajista, terveydenhoitajista ja toimistotyötä tekevästä lähihoitajista. Terveydenhoitajien vastuulla oleva sairauksien ennaltaehkäisyyn ja tunnistamiseen painottuva aikuisneuvolatoiminta oli jäänyt harmaalle alueelle. Aikuisneuvonta ei kuulunut kaupungin kanssa tehtyyn sopimukseen, sillä kaupungilla oli omat aikuisneuvolat. Kehräsaaren asema oli kuitenkin ottanut näitä tehtäviä hoitaakseen, jotta asiakkaiden tilanne saataisiin kokonaisvaltaisesti haltuun. Kaupungin kanssa tehdyn hankintasopimuksen mukaan asemalla oli velvoite tuottaa normaalin vastaanottotoiminnan lisäksi lääkäripalveluja kotisairaanhoidon asiakkaille, kahdelle vanhusten palveluasumisyksikölle sekä diabeteskeskukselle. Lisäksi asema teki työttömien terveystarkastuksia.

Rajattu palveluvalikoima koettiin asemalla työn kannalta haasteellisena, sillä asiakkaiden tarvitsemissa erikoispalveluissa jouduttiin lähes aina kääntymään kaupungin organisaation puoleen. Lisäksi laboratoriopalvelut hankittiin muiden terveysasemien tavoin ulkopuoliselta palveluntuottajalta. Kuvantamispalveluissa asema oli saanut kaupungilta luvan hankkia palvelut samassa kiinteistössä olevalta samaan konserniin kuuluvalla lääkärikeskuksella. Tiiviimpää palvelujen integraatiota asemalla kaivattiin etenkin päihde- ja mielenterveyspalvelujen kanssa tehtävässä yhteistyössä ja ylipäättään kaupungin sosiaalitoimen kanssa. Esimerkiksi selkäongelmaisten hoidossa asiakkaat jouduttiin usein ohjaamaan kaupungin omaan organisaatioon jatkohoitoon, sillä fysioterapiapalveluja ei asemalla ollut. Integraation muihin palveluihin koettiin kuitenkin toimivan muutoin kohtuullisen hyvin, mutta tietojärjestelmien erilaisuus aiheutti tiedonkulkuongelmia.

Erikoissairaanhoidon läheteitä asemalla tehtiin pääsääntöisesti saman verran kuin muilla terveysasemilla. Alueen iäkäs väestörakenne selitti suuren osan erikoissairaanhoidon läheteiden määrästä. Erotuksena muista asemista läheteissä painottui joissakin palveluissa, kuten kardiologin ja ihotautilääkärin palveluissa, palveluseteliasiakkaiden osuus. Tampereella käytössä ollut perusterveydenhuollon palveluseteliä, jossa asiakkaita voitiin ohjata vaikeassa jonotilanteessa yksityisille yleislääkäreille, ei asema ollut käyttänyt ja myös kaupunki oli luopunut näistä palveluista.

Asiakkaat hakeutuivat asemalle pääosin soittamalla omahoitajan puhelinajoilla, joita oli sekä aamu- että iltapäivällä. Mikäli omahoitaja ei ollut tavoitettavissa tai omahoitajaa ei ollut, kuka tahansa hoitaja saattoi ottaa puhelun vastaan. Kaupungin omaa keskitettyä ajanvarausta ulkoistetun terveysaseman yksiköt eivät käyttäneet, mikä koettiin myönteisenä, sillä oman puhelinpalvelun katsottiin helpottavan asiakkaiden tilanteen haltuunottoa ja hoitoa. Kiireellisissä tapauksissa osa asiakkaista ohjattiin yhteydenoton jälkeen päivystävälle hoitajalle ja osa tuli suoraan päivystykseen, jossa hoitaja teki hoidontarpeen arvioinnin ja konsultoi tarvittaessa lääkäriä.

Attendo Orimattila

Attendo Terveyspalvelut Oy toimi ulkoistettuna palveluntuottajana Orimattilan, Myrskylän ja Pukkilan kuntien sekä Orimattilaan liittyneen Artjärven terveysasemilla. Palvelu oli tuotettu ulkoistettuna vuodesta 2007 alkaen. Alueen kolmen kunnan väestömäärä oli noin 20 000. Tilajana on Päijät-Hämeen sosiaali- ja terveydenhuollon kuntayhtymän omistama Peruspalvelukeskus Aava -liikelaitos, joka vastasi seitsemän päijäthämäläisen kunnan sosiaali- ja terveyspalveluista. Orimattilan alueella laajimmat palvelut oli keskitetty pääterveysasemalle Orimattilaan. Satelliittiasemilla yleislääkäripalveluja ei aina ollut viitenä päivänä viikossa, mutta sairaanhoitaja oli paikalla kaikilla asemilla jokaisena arkipäivänä. Keskeistä toiminnalle oli, että myös pienten asemien henkilöstö työskentelee pääterveysasemalla säännöllisesti ja henkilöstö liikkui joustavasti. Ilta- ja yöaikaan sekä viikonloppuisin päi-

vystys toimi Lahdessa Päijät-Hämeen keskussairaalan ensihoito- ja päivystyskeskus Akuutti24:ssä.

Attendo vastasi tutkimushetkellä avosairaanhoidon vastaanottotoiminnan ja päivystyksen lisäksi lääkäripalveluista vuodeosastoilla, kotisairaanhoidossa, asumispalveluyksiköissä, neuvoloissa ja koulu- sekä opiskeluterveydenhuollossa. Tutkimushetken jälkeen Peruspalvelukeskus Aava oli ottanut omaksi toiminnakseen neuvola-, koulu- ja opiskeluterveydenhuollon lääkäripalvelut. Attendon saama korvaus tuottamistaan palveluista perustui tilaajan kanssa tehtyyn kiinteään vuosihintaan.

Palvelun tilaajan kanssa tehdyssä sopimuksessa ei määritelty hoitohenkilöstön määrää. Sopimuksessa määrättiin vain ylilääkärin ja vastaavan hoitajan pätevydestä ja kiireettömän hoidon 21 päivän enimmäisjonoajasta. Määräajoissa oli myös pysytty koko sopimuksen voimassaoloajan, sillä keskimäärin jonotusajat olivat olleet noin 10 päivää. Hoitajien vaihtuvuus oli ollut vähäistä eikä lääkäreiden vaihtuvuukaan ollut noussut ongelmaksi.

Terveydenhuoltolain mukainen valinnanvapaus oli lisännyt Orimattilassa jonkin verran asiakasmääriä. Kunnan alueella oli muiden kuntien ostopalvelutuottajina mielenterveys- ja päihdekuntoutujien hoitolaitoksia, joiden asiakkaista merkittävä osa oli käyttänyt valinnanvapautta ja siirtynyt Orimattilan terveysaseman asiakkaiksi. Vaikka nämä asiakkaat tarvitsivat paljon palveluja, vaihtajien määrä oli kokonaisuudessaan ollut niin pieni, että aseman resursointia ei ollut tarvetta lisätä. Attendon toimialueen kolmen kunnan sisällä asiakkaat saattoivat liikkua vapaasti, eikä terveysasemaa tarvinnut virallisesti vaihtaa.

Orimattilan terveysasemalla oli sekä päivystys- että akuuttivastaanotto ja tämän lisäksi normaali ajanvarauspotilaiden vastaanotto. Päivystykseen ohjattiin ne potilaat, jotka jouduttiin todennäköisesti ottamaan vuodeosastolle tai lähettämään tarkempiin tutkimuksiin. Muut potilaat ohjattiin akuuttipäivystykseen. Hoidontarpeen arviointi tehtiin joko puhelimitse tai arvioinnin teki hoitaja asiakkaan saapuessa asemalle. Sekä päivystyksessä että akuuttivastaanotossa oli oma konsultoituva lääkäri. Satelliittiasemilta asiakkaita ohjattiin tarpeen mukaan pääterveysaseman päivystykseen.

Palvelujen tilaaja, Peruspalvelukeskus Aava, päätti vuonna 2014 siirtyä pitkäaikaissairaiden hoidossa ns. Tulevaisuuden terveyskeskus -toimintamalliin ja mallia oltiin juuri tutkimushetkellä ottamassa käyttöön Attendon asemilla. Uudistuksen tavoitteena oli vähentää päivystykseen tulevien potilaiden määrää. Mallin pääperiaate oli, että pitkäaikaissairaat ohjattiin moniammatillisen omahoitotiimin hoidettavaksi ja muiden asiakkaiden hoidosta vastasi akuuttitiimi. Asiakat ohjautuivat aina ensin hoitajan vastaanotolle, ja hoitajat jaettiin joko omahoitotiimiin tai akuuttitiimiin. Lääkäreiden osalta tiukkaa jakoa tiimeihin ei tehty alueen pienen väestöpohjan takia. Kaikki lääkärit toimivat myös uudessa toimintamallissa normaalin vastaanottotoiminnan lisäksi vuorollaan päivystyslääkärinä ja akuuttilääkärinä. Omahoitotiimin avulla pyrittiin vähentämään asiakkaiden juoksuttamista useilla eri vastaanotoilla. Jo aiemmin asemalla oli alettu laatia tavoitteellisesti hoitosuunnitelmia pitkäaikaissairaille. Omahaohitajat tarkistivat hoitosuunnitelmat erityisillä 45

minuuttia kestävillä pitkäaikaissairaiden tarkistusvastaanotoilla. Mikäli pitkäaikaissairaana asiakkaan hoidosta vastaava omahoitaja oli poissa, omahoitotiimin muut hoitajat ottivat asiakkaan vastuulleen. Toiminnan kantavana tavoitteena oli lisätä juuri hoitajien osaamista ja roolia hoidossa. Uudistuksen myötä myös asiakkaiden mahdollisuuksia verkossa tehtävään asiointiin lisättiin. Palveluntuottaja ei itse vastannut sähköiseen asiointiin tarvittavien ohjelmien hankinnasta, vaan ne olivat palvelun tilaajan vastuulla.

Ryhmäohjaus oli merkittävä osa asemalla tehtävää työtä. Tilaajan kanssa tehdyssä sopimuksessa ryhmäohjausvelvoitetta ei ollut, mutta asemalla katsottiin ryhmäohjauksen ja vertaistuen olevan hyvä tapa saada asiakkaat ottamaan vastuuta omasta hoidostaan. Ryhmäohjausta järjestettiin Marevan-potilaille, diabeetikoille ja aivo- tai sydäninfarktipotilaiden ryhmälle. Asema teki lisäksi yhteistyötä Peruspalvelukeskus Aavan terveyden edistämisen yksikön ja Orimattilan kunnan kanssa ja ohjasi tarvittaessa asiakkaita elintapa- ja liikuntaryhmiin.

Suurin osa muista kuin perusvastaanotto toimintaan liittyvistä palveluista oli palvelun tilaajan eli Peruspalvelukeskus Aavan toimintaa. Näitä olivat päihde-, reuma-, muisti- ja psykiatrisen hoitajan, fysioterapeutin, toimintaterapeutin, puheterapeutin, psykologin ja geriatriin tarjoamat palvelut. Useimmat työskentelivät samassa kiinteistössä ja olivat osin myös Attendon työnjohdon alla ja integraation näiden palvelujen suuntaan koettiin sujuvan hyvin. Selkäpotilaita ohjattiin myös suoraan akuuttivastaanotolle fysioterapiaan ilman käyntiä terveysasemalla. Tiedonkulun erikoissairaanhoidon suuntaan koettiin toimivan varsin hyvin. Päijät-Hämeen sairaanhoitopiirin aluetietojärjestelmä mahdollisti asiakastietojen kulun perusterveydenhuollosta erikoissairaanhoidon ja takaisin. Eniten kehitettävää yhteistyössä oli sosiaalipalvelujen kanssa, sillä merkittävä osa asiakkaista oli myös sosiaalipalvelujen asiakkaita ja jo pelkästään erilaisten tukihakemusten ja lausuntojen tekoon kaivattiin tukea sosiaalityöntekijöiltä.

Sekä Attendo että palvelun tilaaja seurasivat käyntien määrää ja osin myös vaikuttavuutta. Määrällisiä tavoitteita tietystä päivittäisestä potilasmäärästä ei kuitenkaan ollut asetettu henkilöstölle. Asema oli säännöllisesti mukana joidenkin sairauksien, kuten valtimotautien, hoidon laatumittauksissa. Lisäksi asiakastytyväisyyttä seurattiin alueen asukkaista koostuvan asiakasraadista ja kumppanuusryhmän kautta ja asiakkaat olivat olleet aseman palveluihin pääosin tyytyväisiä.

Johtopäätökset

- Asiakkaiden hoitopaikan valinta ei ole kuntien kehittämistoiminnan keskeinen painopiste. Sen sijaan kehittäminen on kohdistunut ennen kaikkea paljon palveluja käyttävien ja tarvitsevien pitkäaikaissairaiden palvelujen kehittämiseen.
- Valinnanvapauden nykysovellukset eivät sisällä merkittäviä taloudellisia kannustimia tuottajille potilasmäärän kasvattamiseen. Lisäksi yksityisiä palvelun-

tuottajia sitovat kunnan kanssa tehdyt sopimukset, jotka sisältävät melko vähän joustovaraa toiminnan sisältöjen muuttamisen suhteen.

- Pitkäaikaissairaiden palvelujen kehittäminen on toteutettu tutkimuskunnissa kahdella tavalla:
 - terveyskeskuksen tasolla keskittämällä paljon palveluja käyttävät asiakkaat yhden terveysaseman tai hoitotiimin alaisuuteen
 - terveysaseman sisällä asiakkaiden jakopyrkimys pitkäaikaissairaisiin ja satunnaisesti palveluja käyttäviin.
- Niillä terveysasemilla, joille pitkäaikaissairaat on keskitetty tai joilla on muuten laaja palvelutarjonta, hoidon integraatio ja sujuvuus eri ammattilaisten välillä on laajasti mahdollista, mutta keskittäminen ei ilman toimintatapojen muutosta välttämättä auta.
- Kapean tarjonnan terveysasemilla hoidon integraatio koetaan usein hankalaksi. Erityisesti mielenterveyden, päihdehuollon, fysioterapian ja sosiaalityön ammattilaisia kaivattaisiin terveysasemille.
- Pitkäaikaissairaiden segmentointi tietyille terveysasemalle tai tiimiin tuottaa ristiriidan valinnanvapauden kanssa. Terveysasemien palveluvalikoima vaihtelee niin kaupunkien välillä kuin niiden sisälläkin. Tämä haastaa pohtimaan sitä, mitä asiakas tosiasiaassa valitsee vaihtaessaan terveysasemaa.
- Terveysasemien palveluvalikoima vaihtelee niin kaupunkien välillä kuin niiden sisälläkin. Tämä haastaa pohtimaan sitä, mitä asiakas tosiasiaassa valitsee vaihtaessaan terveysasemaa.
- Paljon palveluja tarvitsevan ja käyttävän potilasryhmän näkökulmasta valinnanvapaus näyttää nykyhetkellä tarkoittavan sitä, että asiakas joutuu useimmissa tapauksissa valitsemaan erilaisten palveluvalikoimien eikä samaa palveluvalikoimaa tarjoavien eri terveysasemien välillä.
- Pääpainona terveysasemilla oli, että pitkäaikaissairaille on määritelty oma työntekijä, entistä useammin hoitaja, jolle asiakkaalla on myös suora puhelinnumero, johon hän ottaa tarvittaessa yhteyttä.
- Hoitajien rooli korostuu terveysasemien kehittämisessä. Akuuttivastaanotoilla pääsuuntauksena on, että asiakas tulee ensin hoitajan vastaanotolle ja vain tarvittaessa lääkärin vastaanotolle. Prosesseissa oli kuitenkin suurta vaihtelua. Joillakin terveysasemilla tultiin suoraan hoitajan vastaanotolle, toisilla asiakkaat jaoteltiin niin, että osa asiakkaista meni suoraan lääkärin vastaanotolle.
- Pitkäaikaissairaiden hoidossa hoitajan rooli on erityisen vahva. Monilla terveysasemilla hoitajat huolehtivat hoitoprosessista, tarvittaessa konsultoiden lääkäreitä.
- Hoitajan työn vaativuuden lisääntymisen vuoksi useilla terveysasemilla on otettu käyttöön malli, jossa lääkärillä ei ole omia potilasaikoja, jolloin hoitajat voivat konsultoida häntä helposti. Tarvittaessa lääkäri käy asiakkaan luona hoitajan vastaanoton aikana.

- Terveysasemilla toimitaan pääosin erilaisilla tiimimalleilla ja joillakin asemilla lääkäri-hoitaja -työparimallilla. Tiimimallia ei kuitenkaan ole yhtenäisesti määritetty.
- Sähköiset palvelut ja ryhmätoiminta ovat entistä tärkeämmässä roolissa.

VALINNANVAPAAUS JA PALVELUIDEN INTEGRAATIO TYÖNTEKIJÄNÄKÖKULMASTA

Outi Jolanki & Timo Sinervo

Johdanto

Valinnanvapauden ja palveluiden integraation keskeisenä tavoitteena on asiakkaiden vaikutusmahdollisuuksien lisääminen ja palveluiden laadun ja saatavuuden parantaminen (Keskimäki & Tynkkynen 2016; Syrjä, Tynkkynen & Keskimäki 2015). Eri maissa toteutettujen terveyspalveluiden uudistusten edellytyksiä ja seurauksia on tarkasteltu erityisesti lääkäri-potilassuhteiden näkökulmasta (McKinstry 2000; Winblad 2008), mutta viime vuosina myös muiden ammattilaisten rooliin muutosprosesseissa on kiinnitetty enemmän huomiota (Greenhalgh et al. 2011; Tonkens & Newman 2011). Suomalaisessa keskustelussa valinnanvapaudesta ja palveluiden integraatiosta terveysasemien henkilöstön asemaa ja toimintaa suunnitellussa muutoksessa on toistaiseksi huomioitu niukasti.

Tämän tutkimuksen aineisto tukee aiempien tutkimusten tuloksia siitä, että terveydenhuollon henkilöstö, joka kohtaa potilaat arjessa näkee heidän mahdollisuutensa toimia rationaalisia ja itsenäisiä valintoja tekevinä kuluttajakansalaisina hyvin vaihtelevina (Ellins & McIver 2009; Stuart et al. 2004). Ammattilaiset voivat työssään joutua omaksumaan varsin ristiriitaisia rooleja suhteessa potilaan päätöksentekoon ja valintoihin. Lääkärin roolia on luonnehdittu asianajajaksi, joka puolustaa haavoittuvassa asemassa olevien potilaiden etuja kustannussäästöjen paineessa, ja toisaalta portinvartijaksi, joka potilaiden valintoja kontrolloimalla pyrkii tarpeettomien käyntien ja hoitojen karsimiseen (Litva et al., 2002; Rees Jones et al., 2004).

Potilaiden osallistaminen ja valinnanmahdollisuuksien lisääminen muuttaa potilaiden ja ammattilaisten välisiä suhteita ja siirtää päätöksentekovaltaa ammattilaisilta potilaille (Greenhalgh et al. 2011; Winblad 2008). Viime vuosina lisääntyneet sähköiset palvelut sekä Internetin käyttö tiedonlähteenä ovat vahvistaneet potilaiden omatoimisuutta. Internetistä saatavaa tietoa käytetään kuitenkin myös haastamaan terveydenhuollon ammattilaisten asiantuntemusta, mikä muuttaa ammattilaisten ja potilaiden välistä suhdetta (Hart et al., 2004; McMullan 2006) sekä ammattilaisten työn sisältöjä (While & Dewbury 2011). Potilaiden valinnanmahdollisuuksien lisääminen voidaan nähdä ylhäältäpäin johdetun ja potilaita holhoavan toimintakulttuurin muuttamisena tasa-arvoisempaan ja potilaiden osallisuutta korostavaan suuntaan, mutta ei ole itsestään selvää miten potilaat ja toisaalta ammattilaiset näihin muutoksiin suhtautuvat (Greenhalgh et al. 2011, Hart et al., 2004; Tonkens & Newman 2011). Potilaat voivat periaatteessa pitää hyvänä tiedon ja valinnanmahdollisuuksien lisäämistä, mutta käytännön tilanteissa antavat ammattilaisten tehdä hoitoa koskevat valinnat (Bastiens et al., 2006, McKinstry 2000). Potilaiden valin-

nanmahdollisuuksia korostava retoriikka voi yksinkertaistaa valintojen tekemisen prosessin ja sivuuttaa potilaiden ja potilasryhmien väliset eroavuudet (Ahgren & Nordgren 2012; Ellins & McIver 2009). Erityisesti vanhemmille palveluja paljon käyttäville potilaille potilas-lääkärisuhteen jatkuvuus, palveluntuottajien tuttuudesta syntyvä luottamus ja palveluiden läheisyys ovat tärkeitä valintoihin vaikuttavia tekijöitä (Ahgren & Nordgren 2012; Bastiens et al. 2006). Suomalaisten terveyskeskusten asiakaskunnan painottuminen vanhempiin ja työelämän ulkopuolella oleviin pitkäaikaissairaisiin henkilöihin ei voi siten olla vaikuttamatta hoitohenkilöstön työn sisältöihin ja siihen miten valinnanvapaus voi asiakkaan näkökulmasta toteutua (Vuorenkoski et al., 2008).

Viime vuosien uudistuksissa on määritelty uudelleen ammattilaisten työn sisältöjä mm. terveydenhuollon henkilöstön keskinäistä työnjakoa muuttamalla. Hoitajien työnkuvaa sekä vastuuta aiemmin lääkäreille kuuluneiden toimenpiteiden ja päätösten tekemisestä on laajennettu monissa terveyskeskuksissa. Jatkuvat muutokset terveydenhuollon organisaatiossa ja työn sisällöissä yhdessä lisääntyneen työmäärän kanssa eivät voi olla vaikuttamatta työntekijöiden työhyvinvointiin (Huttunen et al., 2009). Työhyvinvointiin vaikuttavat työpaikan ilmapiiri ja henkilösuhteet sekä työn organisointiin liittyvät tekijät kuten kasvaneet tehokkuusvaatimukset, henkilökunnan määrä ja työtehtäviin käytettävissä oleva aika (Utriainen & Kyngäs, 2008; Doherty 2009). Terveyskeskustyön on koettu kriisiytyneen ja erityisesti lääkärin saatavuus on ollut ongelmana. Kun ajanvarauksen kautta saatava aika saadaan vasta pitkän ajan päästä, asiakkaat tulevat päivystykseen suoraan, mikä ruuhkauttaa päivystyksen. Terveyskeskustyön keskeisiä ongelmia ovatkin olleet kiire, potilaiden moniongelmaisuus ja vaikutusmahdollisuuksien puute. Työ koetaan liukuhihnamaiseksi mikä on ongelma erityisesti pitkäaikaissairaiden hoidon kannalta (Elovainio ym. 2013, Lämsä ym. 2011)

Työnjaon muutoksilla tavoitellaan yleensä kustannussäästöjen lisäksi hoitajien ammattitaidon parempaa hyödyntämistä, mahdollisuutta ammatilliseen kehittymiseen sekä päätösvalan hajauttamista. Käytännön hoitotyössä muutokset koetaan yhtäältä positiivisina ja toisaalta kuormittavina tekijöinä (Kuokkanen 2010). Se missä määrin organisaation ylläpitäminen määritellyt tavoitteet toteutuvat käytännössä, riippuu myös paikallisista työskulttuureista ja johtamistyyleistä (Ahgren & Nordgren 2012; Huttunen et al., 2009). Hoitajien työtehtävien ja vastuiden laajentaminen edellyttää toimivia yhteistyösuhteita lääkäreihin ja lääkäreiden suostumusta oman professionsa toimialan ja -vallan kaventamiseen (Kroezen et al. 2014). Samoin palveluiden integraatio edellyttää erilaisten ammatillisten kulttuurien ja toimintatapojen yhteensovittamista, mikä ei aina ole ongelmatonta (Doherty 2009; Liberati et al., 2016; Utriainen & Kyngäs 2008). Valinnanvapauden ja integraation vahvistaminen on siten yhteydessä palveluiden tuottajien johtamistapoihin ja työskulttuureihin (Bloom, et al 2015; OECD 2010; Whellams 2016), vaikkakin tämä näkökulma on toistaiseksi melko vähän huomioitu (Ahonen ym. 2015). Suomessa samoin kuin Ruotsissa paikallistason terveysasemat ovat perusterveydenhuollon keskeisiä toimijoita. Mikäli halutaan vahvistaa potilaiden valinnanmahdollisuuksia paikallistason

palvelun tuottajien toiminnassa, on tärkeää tarkastella potilaiden osallistamisen ja potilas-henkilöstö suhteiden lisäksi työntekijöiden välisiä suhteita (Huttunen et al., 2009) ja koko työyhteisön osallistamista toimintaan (Ahlgren & Nordgren 2012). Jotta saadaan selville miten erilaiset makrotason uudistukset toteutuvat käytännössä, on tarpeen tarkastella terveysasemien toimintaa paikallistasolla.

Tässä artikkelissa tarkastelemme terveysasemien lääkäreiden, sairaanhoitajien ja terveydenhoitajien haastattelujen avulla sitä, millaisina potilaiden valinnanmahdollisuudet ja palvelujen integraatio näyttävät terveydenhuollon henkilöstön arjen, asiakkaiden ja työntekijöiden kohtaamisten sekä henkilöstöryhmien ja eri palvelun tuottajien yhteistyön näkökulmasta. Suomen terveydenhuollossa on laajennettu hoitajien työtehtäviä ja he ovat usein ensimmäinen ja joskus ainoa terveydenhuollon työntekijä, jonka potilas kohtaa (Papp et al., 2014). Hoitajilla on siten keskeinen rooli potilaiden ohjaajina ja neuvojina valinnanvapauden toteuttamisessa.

Tutkimuksessa käytetty haastatteluaineisto avaa näkökulman terveysasemien arkeen ja päivittäisiin päätöksentekotilanteisiin, joita potilaat hoitoon hakeutessaan ja henkilöstö hoidosta päättäessään ja potilasta opastaessaan kohtaavat.

Potilaat valintoja tekevinä asiakkaina

Henkilöstön suhtautuminen potilaiden valinnanmahdollisuuksien lisäämiseen oli varovaisen myönteistä. Työntekijät olettivat lisääntyvän valinnanvapauden olevan tulevaisuudessa arkipäivää ja potilaiden olevan halukkaita ja kykeneviä hankkimaan tietoa terveyteen liittyvistä asioista sekä omista oikeuksistaan. Epäilyjä herätti lähinnä käytännön toteutuksen onnistuminen.

Hoitaja 1: Että nyt oikeestaan vasta ihmiset alk- havahtuu tähän, ai että on mahdollista, osittain suomalaiset varmaan on aika semmosia perinteikkäitä että mä oon käyny täällä aina niin mä käyn täällä ja niin kun näin, mutta sitten taas toisaalta niin toiset on hirmusen valveutuneita ja haluaa vaikuttaa ja olla mukana, et kyllä mä luulen että käyttää sitä valinnanvapautta

(Hoitajat haastattelu)

Hoitaja 2: Sitäpä just sitten että sitten potilas onkin ollu sen vuoden täällä ja se ei enää haluakaan olla täällä ja sit se vaihtaa jonnekin muualle ja se rahahan tulee jälkikäteen, sit se raha on taas täällä mut sit taas saattaa olla et se potilas on jo jossain muualla, elikkä niin kun se resurssit laahaa perässä ihan selvästi (...) Ja eihän se oo silleen yks yhteen koska usein ne vaihtajat tosiaan työllistää enemmän ku sen niin ku päälukunsa verran että, niin et se ei niin ku mee sillä lailla yksiin.

(Hoitajat haastattelu)

Henkilöstön näkökulmasta potilaiden mahdollisuudet tehdä valintoja oman hoitonsa ja hoitopaikan suhteen vaihtelevat suuresti. Potilaiden valinnanmahdollisuudet ja halukkuus ylipäättään tehdä palveluja koskevia päätöksiä näyttäytyivät hyvin erilaisilta riippuen hoidon tarpeen syystä sekä sosiaalisista ja taloudellisista resursseista. Toisilla potilailla on 'terveyslukutaitoa', toisin sanoen taitoja ja resursseja hankkia tietoa eri hoitovaihtoehdoista ja hoitavista tahoista. Osaavat ja tietävät potilaat pystyvät asettumaan tasa-arvoisen toimijan rooliin ja jopa tavallaan 'kilpailuttamaan' hoidon tuottajia ts. lääkäreitä ja terveysasemia saadakseen haluamaansa palvelua. He osaavat käyttää sähköisiä ajanvarausjärjestelmiä sekä tarkistaa itseään koskevat tiedot ja tutkimustulokset nettisivuilta tarvitsematta ottaa yhteyttä terveysasemien työntekijöihin. Osaavien ja tietävien potilaiden on työntekijöiden näkökulmasta helppo omaksua valintoja tekevän asiakkaan rooli ja heidän oletetaan käyttävän myös uusia valinnanmahdollisuuksia laajasti hyväkseen. Toisaalta he ovat myös niitä potilaita, jotka käyttävät internetin kautta hankkimaansa tietoa haastaakseen ammattilaisten asiantuntija-aseman (vrt. Hart et al., 2004; McMullan 2006).

Hoitaja 3: Kyllä se tosiaan tota tätä päivää on että kun kysyy potilaalta että mistä te haatte tietoo niin kun omasta terveydestä kyllä netti on niin vahvasti käytössä.

Hoitaja 4: Jopa sitten vähän että ne saattaa soittaa tai puhua meillekin että netissä sanottiin tästä tai tuolla googletin niin näin sanottiin, nää kokeet on otettava, ne tulee lääkäriinkin ja hoitajalle niin ne tietää, niillä on hyvät valmiudet jo.
(Hoitajat haastattelu)

Lääkäri 1: No siinä sitten rupes tulemaan että enemmän niin ku kun ennen sitä että nyt sitä omalääkäriä vaihdetaan ja joka kerta sitten niin ku haetaan että kyllä minua nyt pitäisi enemmän tutkia, vaikka oikeesti on kyllä tutkittu jo ihan lähtöpaikassa. Niin sitten mekin ruvettiin tekemään että pientä rajaa tälle niin sanotulle shoppailulle kun monella ihmisellä käydään, niin et yhen kerran saa vaihtaa sillai ilman mitään kommervenkkejä, et vähän perustella kuitenkin et miks haluan vaihtaa.

(Lääkärit haastattelu)

Hoitajat ovat terveysasemilla niitä työntekijöitä, jotka ovat usein ensi kosketuksessa potilaiden kanssa. Osa hoitajien työtä on opastaa potilaita varaamaan vastaanottoajat puhelimitse tai sähköisesti internetistä, jos sähköinen ajanvarausjärjestelmä on käytössä. Kaikilla potilailla ei kuitenkaan ole resursseja käyttää vain näitä välineitä, vaan on potilaita, jotka tarvitsevat mahdollisuuden kasvokkaiseen ajanvaraukseen terveysasemalla tai puhelinkeskusteluun sairaanhoitajan kanssa.

Hoitaja 4: Kyllä mun mielestä tässä silleen niin ku palvelee näitä nimenomaan näitä vanhempaa väestöä ja huonokuntoisia joitten on vaikee puhelimesta soittaa sinne sun tänne et kun heillä on se tuttu numero mihinkä ne voi soittaa,

niin niitä se palvelee mun mielestä hyvin. Ja mä en kauheesti sitä kyllä muuttaisi koska tota meillä on niin paljon kumminkin näitä tällöisiä jotka niin ku tukeutuu tavallaan meihin aika paljon sitten eri asioissa.

(Hoitajat haastattelu)

Hoitaja 5: Mä oon ajatellu että ikäihmisethän eivät tule edes löytämään mitään puhelinnumeroon kun niitä on kaikkia niin paljon. Et mun mielestä ne tarvii niin kun jonkun avustajan tai siis lapsen tai jonkun joka on tosi sisällä näistä asioista (...) Koska nytkin niin kun on nii paljon ihmisiä tai siis tiedot on netissä, mutta on niin paljon ihmisiä jotka ei nettiä käytä, ei osaa käyttää

(Hoitajat haastattelu)

Potilaiden mahdollisuuksia toimia valintoja tekevinä asiakkaina, jotka ottavat itse vastuuta hoitoon hakeutumisesta ja hoitopaikan valinnasta rajoittavat mm. puutteellinen kielitaito, taloudelliset tekijät, huono fyysinen terveys, mielenterveysongelmat ja riittämättömät tiedot ja taidot tiedonhaussa (vrt. Ellins & McIver 2009, Hart et al., 2004; McMullan 2006). Viime vuosina on voimakkaasti panostettu sähköisten palveluiden kehittämiseen ja asiakkaita kannustetaan niiden käyttöön. Ammattilaisten näkökulmasta potilaat jakautuvat niihin, joille sähköisten palveluiden käyttö on ongelmaton ja jotka hyötyvät niistä – ja niihin, joilla ei ole tietotaitoa, voimia tai varaa asioiden hoitamiseen niiden avulla.

Terveysasemien henkilöstö kohtaa potilaita joiden kohdalla esimerkiksi taloudelliset tekijät ja huono terveys voivat näkyä konkreettisesti valintoja estävinä tekijöinä. Haastatteluissa esille tuoduissa esimerkeissä potilas tulee lähimmälle terveysasemalle, koska hänellä ei ole omaa autoa eikä varaa käyttää taksia mennäkseen kauempana sijaitsevalle terveysasemalle; eikä hän huonon liikuntakyvyn vuoksi kykene kulkemaan linja-autossa (esim. rollaattoria käyttävät). Potilaiden valinnanmahdollisuudet vaikuttavat lähinnä teoreettisilta myös sellaisissa tapauksissa, joissa potilaiden hakeutuminen ylittää minkäänlaiseen hoitoon näyttäytyy epävarmana.

Hoitaja 6: Mut et just tää päihdehuolto ja näin niin kyllähän ne on niin kun tällä hetkellä semmosia että, et me ohjataan asiakasta ottamaan yhteyttä ja sit se on eri asia että tukeutuuko hän. (...) Ja näitten potilaitten kohdalla se ehkä niin kun on just se haaste koska heillä harvoin on sitten sitä voimavaraa ja siihen pitäis tarttua siihen pikku hetkeen niin kun siinä hetkessä heti ja että tota et harvoin minun, tai en tiedä mut mulla on semmonen tunne et ne ei ehkä sit hakeudu.

(Hoitajat haastattelu)

Haastatteluissa tuli esille se, että terveysasemien asiakkaista monet ovat pitkäaikaissairaita iäkkäitä ihmisiä, joista harvalla on kotonaan internetyhteys, ja joillakin on myös omaishoidettava, jota hoitaja ei voi jättää oman terveysaseman käynnin

ajaksi yksin. Henkilökunta kohtaa arjen työssään potilaita, joiden fyysinen terveys ja toimintakyky on niin heikko, etteivät he jaksa hakeutua jatkohoitoon tai hakea muita palveluita mikäli asian hoitaminen jää heidän omalle vastuulleen. Vaihtoehtona on jättää asioiden hoitaminen potilaalle, jolloin työntekijälle jää huoli siitä onnistuuko jatkohoitoon hakeutuminen. Huoli siitä, ettei kyennyt auttamaan kyseisiä potilaita tai epätietoisuus potilaan kohtalosta toisaalta hyväksyttiin osana hoitotyön arkea, mutta koettiin kuitenkin kuormittavana tekijänä. Toisena vaihtoehtona on se, että terveysaseman työntekijä ottaa yhteyttä esimerkiksi kotihoitoon saadakseen henkilölle apua kotiin tai apua hoitoon hakeutumisessa. Joillakin terveysasemilla omahoitajan tehtävät sisältävät jo tällaisia tehtäviä. 'Haavoittuvassa' asemassa olevien potilaiden mahdollisuudet toteuttaa valintoja oman terveytensä ja hoidon suhteen näyttäytyivät varsin heikoilta.

Hoitaja 7: Mut sitten tota niin siis mä oon velkaneuvontaan mä oon aika paljon ohjannu ja varannu potilaille aikaa ja ihan siinä justiin joka on se sosiaalitoimen semmonen neuvontapiste, joka toimii tossa keskustassa niin sinne varannu potilaalle tai käskeny mennä, että kyl mä sit yleensä otan luurin, mutta on se ongelma sitten, että mistä sen rahan saa. Sitten on mikä on mikä on oiva paikka on seurakunnat, diakoniatyöntekijät et heillä on myös rahallisestikkin, sinne päin oon aika paljon ohjannu ihmisiä hakee sitten, et he antaa vähän rahaa ja sitten ruokakasseja saa sieltä.

(Hoitaja haastattelu)

Joillakin asemilla hoitajien työtehtäviä on laajennettu siten, että hoitajat arvioivat potilaiden hoidontarvetta itsenäisesti ja osa potilaan asioista pyritään hoitamaan jo puhelimesta. Itsenäinen hoidontarpeen arviointi koetaan kuormittavalta erityisesti tilanteissa, joissa jatkohoidosta päätetään nopeasti puhelinkeskustelun pohjalta.

Hoitaja 8: No mun mielestä mitä mä oon ymmärtäny niin se on valtaosalla on että puhelin kuormittaa, kuormittaa sillä lailla paljon et ihmiset paljon soittaa ja kysyy ja on epäselviä asioita ja mietityttää ja tarviiko tän vaivan hoitoon nyt jatkot ja sitä tavallaan sitä tukee ja totta kai se vaatii hoitajilta puhelin, puhelimeen niin kun vastatessa hirveä ammattitaitoa, sen hoidon tarpeen arvio ei oo helpoo ja varsinkin täällä meidän alueella on paljon maahanmuuttajia, joudutaan kommunikoidaan päivittäin vieraalla kielellä, aina sitä yhteistä kieltä ei edes ole ja sitten kun ollaan tämmösissä nopeissa tilanteissa niin siinä pitää kaikki mahdolliset keinot käyttäjä ja yrittää miettiä et onks tässä todella hätä ja näin että sillä lailla haasteellista väestöä me hoidetaan.

(Hoitajat haastattelu)

Myös lääkäreitä huoletti lisääntyvä perusterveydenhuollon asiakasmäärän ennakointu lisäys ja erityisesti monisairaiden asiakkaiden lisääntyvä määrä. Muutosten

katsottiin lisäävän terveystieteiden hoitohenkilöstöön kohdistuvia odotuksia ilman tarvittavaa lisäkoulutusta tai aikaa perehtyä potilaisiin.

Lääkäri 2: Niin väestö vanhenee ja sairauksia tulee lisää, koko ajan tippuu erikoissairaanhoidosta meille seurantaan eri erinäisiä sairauksia mitä, no toki meidät on koulutettu jossain vaiheessa (mut et ei) oikeesti sillai niin ku että voit tehdä jotain varmalla otteella niin se on vähän sillai et niit tulee sellasia. Ja sit niin ja tulevaisuudessa kotisairaanhoidon asiakkuudet lisääntyy esimerkiks varmasti vielä ja vastaanotot paisuu kun heillä on kymmenen eri sairautta ja ne hän pitäs kontrolloida ja vähän sillai kauhistuttaa se tulevaisuus.

(Lääkärit haastattelu)

Hoidon jatkuvuus pitkäaikaissairaiden hoidon keskeinen elementti

Potilaiden valinnanvapautta pohdittiin usein hoidon jatkuvuuden näkökulmasta. Hoidon jatkuvuudella viitattiin siihen, että potilas pääsee halutessaan aina samalle tutulle hoitajalle ja lääkärille, jolloin hänen ei tarvitse kerrata hoitoon hakeutumisen syytä moneen kertaan eri työnteijöille. Hoitosuhteen jatkuvuus on myös tärkeä tekijä luottamuksen rakentamisessa potilaan ja hoitohenkilökunnan välillä. Hoidon jatkuvuus liitettiin myös tiedonkulun sujuvuuteen ja katkeamattomuuteen eri työntekijäryhmien välillä. Tiedot aiemmista diagnooseista, tutkimuksista ja niiden tuloksista, sekä potilaan saamista hoidoista ja lääkityksestä helpottavat ja nopeuttavat kokonaiskuvan hahmottamista ja jatkotoimista päättämistä. Ammattilaisten näkökulmasta pitkäaikaissairaille ja monenlaisia palveluita tarvitseville potilaille hoidon jatkuvuus on erityisen tärkeää monestakin eri syystä. Hoitajien ja lääkärin tuttuus on erityisen tärkeää niissä tapauksissa, joissa potilaalla on monia sairauksia ja hän on hyvin huonokuntoinen (Ahgren & Nordgren 2012; Bastiaens et al., 2006). Myös ne pitkäaikaissairaat, joiden kohdalla korostetaan omahoitoa kuten diabetes- tai verenpainepotilaat, hyötyvät hoidon jatkuvuudesta. Pitkäaikaissairaan hoitosuhteessa potilaiden motivoiminen ja kannustaminen omahoitoon on helpompaa ja tilanteen seuranta paremmin hallinnassa. Hyvä tiedonkulku ja hoidon jatkuvuus ehkäisee potilaiden pallottelua 'luukulta toiselle' ja auttaa välttämään turhia tutkimuksia sekä säästää siten kaikkien osapuolten aikaa ja vähentää kustannuksia. Aineisto osoitti kuitenkin myös sen, että toimintamallien olemassaolosta ei voida päätellä sitä, että ne olisivat todella käytössä.

Lääkäri 3: Malli on olemassa mut se ei aina toteudu.

Lääkäri 4: (Terveysaseman nimi) on olemassa pitkäaikaissairaanhoidon malli josta on aika selkeekin kuvaus et miten se menee ja mikä on hoitajan, mikä on lääkärin osuus, niin se on vähän jäänyt unholaan. (...) Ja sitten ehkä se että helposti ajanvarauksessa niin katotaan sitten että kelle lääkärille saa ensimmäisen ajan kun ehkä ois fiksumpaa kattoo että kellä lääkärillä on ollut ja vaikka se meni-

si vähän kauemmaksikin niin ensisijaisesti tarjottais sitä jotta se sama ihminen mahdollisuuksien mukaan, jos on vielä talossa, niin tota hoitais sitä potilasta. Tietenkin potilaat saa toivoo tietylle lääkärille siellä tiimin sisällä mut jos he ei niin kun aktiivisesti tuo sitä esiin niin ei välttämättä hoksata.

(Lääkärit haastattelu)

Integraatio – integraation eri tulkinnat ja tasot terveysasemien arjessa

Toinen suuri teema, joka nousi esille terveysasemien arjessa, ja joka kytkeytyy läheisesti hoidon laatuun ja jatkuvuuteen, on kysymys integraatiosta. Aineisto osoitti, että henkilöstön ja terveysasemien arjen näkökulmasta integraation voi ymmärtää monella eri tavalla. Integraatio liitettiin sekä terveysaseman henkilöstön välisiin yhteistyösuhteisiin että terveysaseman henkilöstön ja ulkopuolisten toimijoiden suhteisiin.

Henkilöstöryhmien välinen yhteistyö ajanvarauksessa

Terveysasemien hoitohenkilöstön välinen yhteistyö ja sen toimivuus tai toimimattomuus konkretisoitui potilaiden aikojen varaamisessa. Ajanvarausta hoitavien ja varsinaista hoitotyötä tekevien yhteistyö ja hyvä kommunikaatio näyttäytyi tärkeänä tekijänä potilaiden päässä oikean työntekijän vastaanotolle, turhien vastaanottoaikojen välttämiseksi sekä hoitajien työpäivän organisoinnissa. Työpäivän hyvä organisointi viittaa tässä hoitajien mahdollisuuksiin hallita omaa työaikaansa ja tehdä työtään hyväksi kokemallaan tavalla. Ajanvarausjärjestelmän merkitystä pidettiin tärkeänä kustannus- ja ajansäästön takia sekä hoitajien ja lääkäreiden ajankäytön ja oman työajan hallinnan kannalta.

Lääkäri 5: No ei ehkä siinä mielessä että se vie hirveesti aikaa hoitajilta se puhelintyö, et sitten ei jää aikaa siihen tavalliseen työhön, sehän on kuormittavaa. Mutta tota ja päivystykseen tietysti ei aina ohjaudu sellasia ketkä sinne kuuluis, että mielellään hoidettais heitä niin kun siitä puhelimen kautta että osattas antaa heille oikeita aikoja.

...

Lääkäri 6: Et se näkyy mun mielestä se näkyy silleen välillisesti niin et sit jos ne ihmiset jotka tekee tätä työtä on hirveen ylikuormittuneita tai paine on kova niin sitten rupee tulee semmosia vähän huonommin arvioituja tilanteita sit lääkärin vastaanotolle.

Lääkäri 7: Niin se kiire näkyy ehkä sitten niin kun siellä niissä potilaissa.

(Lääkärit haastattelu)

Yhdessä organisaatiossa oli siirrytty malliin, jossa asiakas voidaan ohjata suoraan fysioterapeutille tai päihdehuoltoon puhelimesta ajanvarauksen yhteydessä. Samoin asiakkaalle voitiin kirjoittaa puhelinresepti, mikäli kyse oli reseptin uusimisesta. Tämä malli kuitenkin edellytti sitä, että käytössä oli konsultoiva lääkäri, jolla ei ollut asiakasvastaanottoa. Mallin hyvänä puolena oli, että asiakkaalle ei tarvinnut varata lääkärin tai hoitajan vastaanottoaikaa, vaan asiakas pääsi suoraan oikealle ammattilaiselle.

Yhteistyön toimiessa hoitajien välillä he voivat ohjata pitkäaikaissairaat ja erityishuomiota tarvitsevat potilaat omalle vastaanotolleen tai muille sairaan- tai terveydenhoitajille hoitosuhteen jatkuvuuden ja itse kunkin erityisosaamisen ja -kiinnostuksen mukaan. Samoin suoraan lääkärinvastaanotolle tulevat potilaat pystyttiin ohjaamaan tutulle lääkärille, jolloin oli mahdollista säästää sekä potilaan että lääkärin aikaa. Yhteistyön toimiessa hoitajat pystyivät myös epävirallisesti neuvottelemaan työajoistaan ja -tehtävistään ja sovitteluun niitä joustavasti keskenään. Ajanvarausjärjestelmällä ja työntekijöiden välisellä yhteistyöllä oli siten yhteys hoitosuhteen jatkuvuuden turvaamiseen. Mikäli terveysasemalla ei toteutettu virallisesti omalääkäri-omahoitajajärjestelmää, hoitajat saattoivat toteuttaa omaa epävirallista järjestelyään. Keskitetty ajanvarausjärjestelmä, jossa vastaanottoajat tilataan muualta kuin asianomaiselta terveysasemalta, näyttäytyi ongelmalliselta hoitosuhteen jatkuvuudelle. Toisaalta keskitetty ajanvarausjärjestelmä sai kiitosta potilaiden ajan säästämisestä sekä hoitajien työajan säästymisestä muihin hoidon kannalta tärkeämpiin tehtäviin.

Lääkäri 7: No tässä on tota pääsääntöisesti yritetään niin että kun meillä on lääkäri-hoitaja työparimalli eli tää tulis tää potilaan yhteydenotto sille omahoitajalle joka oletettavasti ja varsinkin jos on usein käyttävä ihminen niin tuntee sen potilaan tilanteen, pystyy niin ku arvioimaan jo vähän että tarviiks tää nyt lääkäräikää ja minkä pitusen lääkäriajan tarvitsee ja vai riittääkö että kävis hoitajan luona juttusilla.(...).

(Lääkärit haastattelu)

Lääkäri 8: No tavallaan tähän on muuttunut näinä vuosina siinä mielessä et meillähän oli aikanaan täällä esimerkiks oma ajanvaraus, jolloin täällä hoitaja antoi täällä toimiva hoitaja antoi ajan potilaille eli periaatteessa useimmiten he tunsu sen potilaan niin kun valmiiksi, sen jälkeen tuli tää yhtenäisen ajanvarausnumero ja tuota niin se on välillä niin ku huomattu et se ei välttämättä toimi koska eihän ne tunne näitä potilaita.

(Lääkärit haastattelu)

Henkilöstöryhmien välinen tiedonvaihto ja yhteistyö

Terveysasemien työkuultuureissa ilmeni suuria eroja sen mukaan, millaiseksi koettiin mahdollisuudet avoimeen kommunikaatioon ja tiedonvaihtoon eri työntekijäryhmien kesken. Henkilöstö oli usein käynyt läpi monia kokeiluja ja malleja joilla oli

pyritty parantamaan yhteistyötä ja potilaiden ohjautumista oikealle ammattilaiselle. Terveysshyötymalli mainittiin toimivana sekä hoitajien että lääkärien näkökulmasta. Terveysshyötymallilla näytti olevan yhteyttä moniammatillisen yhteistyön toimivuuteen, mikä lisäsi työviihtyvyyttä ja kokemusta työn mielekkyydestä.

Lääkäri 9: ... meillä on hirveen hyvä työyhteisö tässä ja meillä, niin kun huomaisin tossa ryhmä kehityskeskustelussakin toteavani, et nyt ensimmäistä kertaa, mä oon 10 vuotta suurin piirtein ollu työelämässä, niin on ihan semmosta aitoa moniammatillisuutta elikkä se on semmosta et me ollaan samalla käytävällä ja hoitajilla on vahva rooli, heillä on hyvin paljon autonomiaa tehdä itsenäisesti sitä kansansairauksien hoitoa ja se tukee lääkärin työtä todella paljon. (...) Että tuota ja sit meillä on fysioterapeutti, meillä on matalalla kynnyksellä päihdetyöntekijä tässä saatavilla, geriatri itse asiassa on tossa viereisessä huoneessa toki hän ei oo osa mejän tiimiä varsinaisesti mutta et kuitenkin on konsultoitavissa (...), et siinä mielessä tässä on (...) ihan konkreettinen semmonen moniammatillisuus toteutunu.

(Lääkärit haastattelu)

Terveysasemilla toteutettu konsultoimismahdollisuus lääkärien kesken sekä lääkärien ja hoitajien kesken näyttäytyi kriittisenä tekijänä, jolla on merkitystä päällekkäisten hoitojen ja kokeiden välttämiseksi sekä ns. turhien käyntien vähentämisessä. Lääkärin mahdollisuudet konsultoida erikoislääkärinä tai kokeneempaa kollegaa, ja hoitajien mahdollisuudet konsultoida lääkärinä vaikeissa ja epäselvissä tapauksissa oli tärkeä, mutta vaihtelevasti toteutuva mahdollisuus.

Haastattelija: Jos teille tulee semmonen asiakas tähän mikä tarttis konsultointiin niin pystyttek, saatteks te täältä konsultointi apua?

Lääkäri 10: Saadaan joo, meillä on tuutorilääkäreitä 2 kappaletta ja muutenkin kokeneita kollegoita että vähän niin ku eri profileilla et yks tietää ihosta ja toinen tietää sitten ehkä vähän enemmän ortopediasta tai kliinisestä fysiologiasta tai näin, että aika hyvin on niin kun ja sit me käytännössä niin kun melkein päivittäin lounaalla konsultoidaan ja sitten on tää tiistainaamu on semmonen junioreitten ja välillä kyllä vähän kokeneempienkin kollegoitten niin kun semmonen tilaisuus missä on joku teema tai sit ihan vaan konsultaatioita.

(Lääkärit haastattelu)

Lääkäri 11: Kyllä meidän erikoissairaanhoidon puolikin on vähän niin kun sil-lai, että tieto kulkee paperilla mutta sitten niin kun ei kaikkee voi välttämättä paperillekaan kirjoittaa, että ois semmosta sanallista viestintää noin muutenkin ihan kiva välillä. Ja semmonen että niin ku on kuitenkin yhteinen potilas niin jotenkin haluais välillä välittää sinne päin tietoa ja välillä olla sieltä päin tänne tietoo mut et se ei sit aina välity.

(Lääkärit haastattelu)

Joillakin terveysasemilla oli laajennettu hoitajien työnkuvaa ja lisätty heidän mahdollisuuksiaan tehdä itsenäisiä hoitopäätöksiä asioissa, jotka aiemmin kuuluivat lääkäreille. Erityisesti pitkäaikaissairaiden hoidossa hoitajilla oli suuri rooli. Hoitajat saattoivat huolehtia hoidosta siinä määrin, että asiakas ei tavannut lääkäriä lainkaan. Myös useilla päivystysvastaanotoilla hoitajan rooli oli muuttunut ja yleensä asiakkaan ensikontaktina oli hoitaja, joka tarvittaessa ohjasi asiakkaan eteenpäin lääkärille tai lääkäri kävi pyydettäessä hoitajan huoneessa. Suuressa osassa tilanteita sairaa hoitaja pystyi ratkaisemaan asiakkaan ongelman ilman lääkärikäyntiä. Joissakin työyksiköissä hoitajilla oli rajattu lääkkeenmäääämisöikeus.

Hoitaja 9: No jos on diagnosoitu pitkäaikaissairaus, astma tai verenpainetauti tai diabetes niin sitten varataan ensin aika hoitajalle ja hoitaja laittaa labralähetteitä etukäteen ja lähettää kotiin semmosen kirjeen missä on terveystarkastus ja lääkelistaa ja verenpaineseuranta ja sit se potilas ite ne täyttää ja käy siellä labrassa ja sit hän tulee vastaanotolle, hänelle varataan semmonen vastaanottoaika hoitajalle ja siinä katotaan ne labrat ja se tän hetkinen tila ja kirjataan kaikki niin ku sitten ylös valmiiksi, että sitten jos kaikki on kunnossa niin ei välttämättä sitä lääkäriä tarviikkaa joka vuosi nähdä mut et jos on jotain ongelmatilannetta niin sit yleensä varataan ihan vastaanottoaika lääkärille.

(Hoitajat haastattelu)

Niissä tapauksissa, joissa hoitajat tekevät itsenäisiä hoitopäätöksiä he kokivat tärkeäksi mahdollisuuden tarpeen vaatiessa konsultoida lääkäriä, mutta mahdollisuudet tähän vaihtelivat. Joissain tapauksissa hoitaja pystyi pyytämään lääkärin mielipidettä potilaan ollessa vastaanotolla, jolloin potilas välttyi toiselta käynniltä terveysaseman lääkärin vastaanotolla. Joillain terveysasemilla oli käytössä järjestelmä, jossa yksi lääkäreistä toimii konsultoivana lääkärinä ja on siten myös hoitajien resurssi vaikeissa hoitopäätöksissä.

Hoitaja 10: Meillä on siis, meillähän on tossa meidän episodi tiimissä, niin meillähän on tuo palvelupiste mikä toimii ja sit meillä on siellä aina yks lääkäri ketä me voidaan konsultoida koko ajan, se on niin ku ollu mun mielestä yks hyvästä ratkaisusta mikä on, että ei tarvii mennä kenenkään lääkärin oven taakse kysymään neuvoa, koputtaa tai kesken vast-- kenenkään vastaanottoa ei tarvii niin kun sen takia häiritä.

Tiedon vaihtoa vaikeutti lääkärin ajan puute sekä se, että kaikkialla ei ollut sovittu konsultoinnin käytäntöjä.

Hoitaja 11: Eli me ollaan se linkki asiakkaaseen ja kysytään lääkäriltä ja sitten tavataan asiakas tai soitetaan asiakkaalle tai sit lääkäri soittaa mutta se on niin kun tosi niin kun sen työn mun mielestä yks raskaimpia puolia et koko ajan pitää miettiä että kuka pääsee, milloin pääsee, teinks mä oikean ratkaisun siitä.

Että nyt kun mä viime viikolla puhuin mun työparilääkärille et sulla ei oo yhtään sit konsultaatioo kun hänellä ei oo listat ees auki (...) et se ois hyvä jos tulis semmonen hoitotakuu laki että kuukauden sisään uudet asiat pitäs kattoo lääkrillä.

(Hoitajat haastattelu)

Haastattelija: Miten te muuttasitte tätä mallii jos te pystyisitte muuttamaan?

Hoitaja 12: No jos sais lääkäreitä lisää et se ois just tällanen niin ku (toinen hoitaja) sanoi että ois yhteisvastaanottoja ja yhteispäivystystä.

Hoitaja 13: Elikkä se ois sitten suunnitellumpaa ja tiiviimpää se yhteistyö silloin (...). Ja lääkäreiltä on tullu myös palautetta että harmi, että ois niin kiva, että eihän me ees nähdä toisiamme.

(Hoitajat haastattelu)

Hoitajan rooli on muuttunut yhä vaativammaksi potilastyössä, jopa siinä määrin, että esimiehet ja lääkärit ovat huolissaan hoitajien jaksamisesta ja toisaalta työn vaativuuden kasvamisesta.

Haastattelija: Niin, ajattelin vaan, että toi, tos on aika paljon uutta vastuuta ikään kuin perinteiseen toimintamalliin verrattuna. Että sitä ei varmaan ihan tosta noin vaan lähteä nuori ihminen tekemään?

Osastonhoitaja 1: Ei vastavalmistunut, ei onnistu siinä. Se on karu totuus, että siinä pitää niinku olla sitä työelämätaustaa myös pohjalla.

(Hoitajien haastattelu)

Toisaalta tämä on tarkoittanut sitä, että jonoja on pystytty purkamaan ja työ on saatu hallintaan. Kehittämistyöllä on saatu aikaan paremmin toimiva yhteistyö, työnjako ja ajankäyttö lääkärien ja hoitajien välillä.

Osastonhoitaja 2 : No hoitajilta vois ainakin sanoo sen, että niinku useita kertoja tullut kokouksissa esille ja että, ihan mielettömän ihanaa, kun on antaa aikaa asiakkaalle. Ei tarte sanoa, että teihin otetaan myöhemmin yhteyttä ja nyt valitettavasti ei ole antaa aikaa. Se oli todella tressaavaa ja kuormittavaa se aika, mitä meillä menneisyydessä oli ja toivon, ettei siihen kenenkään tarvii koskaan palata, koska se oli todella hankalaa. Asiakkaat oli ihan oikeutetusti todella pettyneitä toimintaan, kun ei saanut veromarkoille vastinetta niin kun meille aina täällä sanotaan. Ja tota. Mut et nyt on todella ihanaa. Tänä aamuna todettiin, että tälle viikolle on useita avoainkoja, kiireettömiä, vapaita, ja se on ollut jo pitkään. Että hoitajat on todella tyytyväisiä kuin myös tähän omaan toimintamalliin sekä päivystävänä toimintana että kiireettömässä.

(Hoitajat haastattelu)

Haastattelija: Entäs lääkärit sitten?

Terveysaseman johtaja 1: No lääkäreiltä oikeestaan siis spontaani palaute on... Niin kyllä he on sanoneet, että on rauhattunut, ihanaa, että on niinku aikaa.

Terveysaseman johtaja 2: Niin ja sit just, että se on monipuolistunut se heidänkin toimeenkuva: et se ei oo enää sitä päivystyspotilasta. Ja tietysti se missä se näkyy, niin valitusten, muistutusten ja kaikkien tällaisten spontaanien yhteydenottojen määrähän on niinku kutistunut ihan marginaaliseen. Että silloin, kun ei ollut aikoja antaa ja palvelu ei pelannut, niin sehän oli aika hurjaa. Siellä oli myös uhkaavia tilanteita meidän hoitohenkilökunnalle. Ihmiset oli rai-voissaan.

(Lääkärien haastattelu)

Yhteistyö terveysaseman henkilöstön ja ulkopuolisten toimijoiden kanssa

Erityisesti pitkäaikaissairaiden ja monia sosiaali- ja terveyspalveluja tarvitsevien potilaiden kohdalla henkilöstön oli tarpeen ottaa yhteyttä terveysaseman ulkopuolisiin toimijoihin. Tietojen vaihtamisen ja muun yhteistyön helppous vaihteli asemittain ja paikkakunnittain. Huonosti toimivien yhteistyösuhteiden seuraukseksi nähtiin potilaiden 'pompottamisen' lisäksi sekä ylihoitaminen että alihoitaminen toisin sanoen potilaalle tehtiin päällekkäisiä tutkimuksia tai hän saattoi jäädä ilman asianmukaista hoitoa. Huonosti toimiva yhteistyö eri terveydenhuollon toimijoiden sekä terveydenhuollon ja sosiaalihuollon toimijoiden välillä korosti potilaan tarvetta huolehtia tiedonkulusta ja hoidon jatkuvuudesta, mihin kaikilla potilailla ei ollut resursseja.

Hoitaja 14: Mut just toi et kun meillä ei oo sitä röntgeniä eikä meillä oo enää labraa vaan sitten sen kymmenen jälkeen ja ei me sit kyllä saadakaan labraa kun päivystysnäytteet saadaan saman päivän aikana mutta muuten niin tota et jos sä siinä puhelimessa jo arvioit tai katot että tää nyt vaatii tänään hoitoa ja se ei oo meillä enää mahdollista, niin se on vähän sit niin kun et on niin kun pompoteltu potilasta niin se on semmonen mihin niin kun itte ainaki toivois et potilaan edun mukaista olis että hoidettas vähän jouhevammin (...) et nää niin kun nivoutus nää hoidot paremmin ettei olis niin että tämä ei nyt kuulu meille, kun tämä ei ole vielä käynyt omalla asemallaan, että niin kun vois kuitenkin kattoo potilaskohtaisesti sen tilanteen.

(Hoitajat haastattelu)

Lääkäri 12: Yhteydet erikoissairaanhoidoon niin onhan ne, joskus ne toimii oikein vallon hyvin että potilaan saa joustavasti hoitoon ja saa hyvän epikriisin, siis palautteen miten pitää seurata. Mutta usein on kyllä vähän sellasta ongelmää et sen potilaan siirtyminen varsinkin erikoissairaanhoidosta terveyskes-

kuksen seurantaan niin siinä on tällänen kohta missä potilas todennäköisesti putoaa kokonaan hoidosta. (...) Jollei oo itse aktiivinen ja huolehdi asioistaan.
(Lääkärit haastattelu)

Lääkäri 13: Ja sitten siellä ei näy kolmannen sektorin eikä privaatin mitkään tiedot, yhtään mitkään tiedot, et meillä saattaa olla vaikka A-klinikan yhteisiä potilaita. Mut et muutaman kohdalla oon sitten tehnytkin semmosta ihan suoraa yhteistyötä et on saatu potilaan luvalla vaihtaa tietoja mut et toivois varsinakin niin kun erikoissairaanhoidon kanssa niin ku tiiviimpää kontaktii. Että tota usein näkee sitäkin että siellä on niin kun ajateltu että teksti tulis meille mut se ei koskaan tule. (...) et miten ettei tehdä päällekkäistä työtä et potilas tulee tänne vastaanotolle ja on heti ens viikolla menossa reumatologin vastaanotolle. Molemmat käsittelee kipulääkitystä, niin se ei myöskään oo kauheen fiksua.
(Lääkärit haastattelu)

Muita toimijoita, joihin terveysasemien henkilöstön oli tarpeen ottaa toisinaan yhteyttä, olivat sosiaalitoimen, fysioterapian, päihdehuollon, mielenterveystoimiston, KELA:n sekä kotihoidon työntekijät ja palvelut. Henkilöstö näki tärkeänä näiden eri tahojen yhteistyön erityisesti pitkäaikaissairaiden ja monenlaisia palveluja tarvitsevien potilaiden hoidon jatkuvuuden turvaamiseksi. Yhteistyön toimivuus ja keskustelumahdollisuudet näiden terveysaseman ulkopuolisten toimijoiden kanssa kuitenkin vaihtelivat. Edes samassa kiinteistössä toimiminen ja toimipisteiden fyysinen läheisyys ei näyttänyt selittävän yhteistyön helppoutta tai vaikeutta. Vaihtelua selittää ilmeisesti ainakin tiedonvälityksen toimivuus tai toimimattomuus, sekä terveysasemakohtaiset työkulutuurit ja totutut toimintatavat.

Hoitaja 15: Kyllä mä välillä oon soittanu erikoissairaanhoidon jollekin polille ja sanonu asiakas on tässä ja sovitaan yhdessä et mä soitan ja että hänellä ois tämän asian millois kutsu tulee ja et tämmösiä. Ja sitten nää vanhusten palvelutarpeen arvioinnit niin se on se yks numero, (palvelun nimi), minne me voidaan soittaa ja pyytää ja hehän lähtee sit hoitamaan et me se on ihan älyttömän paljon parempi ku et se on nyt se yks numero jossa kartoitetaan heti kaikki ja sinne asiakaskin saa kävellä sisään et se on tosi hyvä palvelu.
(Hoitajat haastattelu)

Kahdessa organisaatiossa fysioterapia ja psykiatriset sairaanhoitajat toimivat samassa tiimissä kuin muu avosairaanhoido, samoin päihdehuolto (vaikka toimikin omana organisaationaan). Käytännössä tämä tarkoittaa sitä, että asiakkaan hoitoa integroidaan terveysaseman sisällä ja terveysasema pystyy hallitsemaan hoitoprosessia suoraan, ilman läheteitä.

Hoitaja 16: Sosiaalityöntekijä meillä on ja psykiatriset sairaanhoitajat on ihan jatkuvasti niin ku käytettävissä (...) Ja sit tosiaan toi A-klinikka ja fysioterapi-
aan voidaan lähettää niin kun tämmösissä tuki- ja liikuntaelin vaivoissa ja.

Hoitaja 17: (--) -sitä ei tarvii niin ku lähettää mitenkään erityisesti. Juuri tänään
mä sanoin yhdelle potilaalle kun hän tarvitsis semmosen lääkäriajan et hän sais
fysioterapiaan lähetteen ja sit kun mä haastattelin mä sanoin no joo mä annan
sulle keskiviikoksi fysioterapeutille ajan, hän oli hirveen tyytyväinen eikö hän
tariikkaan sitä lähetettä.

Tiimin jäsenten mielestä malleissa, joissa yhteistyötä on lisätty valinnanvapaus
ja hoidon integraatio voivat olla ristiriidassa keskenään.

Hoitaja 18: No mun mielestä se valinnanvapaus oli tärkeä ja on edelleenkin
tärkeä asia et jokainen saa päättää itse missä häntä hoidetaan mutta että mus-
ta sekin on ihan oikein että sit se kokonaisuus kuitenkin pysyy siellä omalla
terveysasemalla ettei voi pirstaloitua, et mä otan fyssaripalvelut tuolta ja ham-
maspalvelut tuolta ja sit mä käyn lääkärissä tossa ja hoitajalla tuolla, siitä ei niin
ku tuu koska ...

Tarkasteltaessa koko haastatteluaineistoa yhteistyön muodoissa ja mahdolli-
suuksissa on vaikeaa nähdä mitään selkeää säännönmukaisuutta. Yleensä yhteyden-
otto ja yhteistyö kuvattiin helpoimmaksi kuntien kotihoidon ja vaikeimmaksi mui-
den sosiaalihuollon toimijoiden kanssa. Monissa kunnissa käyttöön otettu keskitetty
kotihoito neuvonta tarjosi erityisesti hoitajille selkeän tahon jonne ottaa yhteyt-
tä. Usein kuitenkin yhteistyön toimivuus oli satunnaista tai jopa henkilökohtaisten
kontaktien varassa.

Hoitaja 19: No kotihoidon kans must toimii.

Haastattelija: Joo.

Hoitaja 20: Se on yks soitto, niin sit sinne tulee palveluohjaaja kotiin, tekee ar-
vion (Haastattelija: Joo) Mut (--) toi sosiaalipuoli on vähä, tavallaan ne on, ne
on niin omiaan. Sosiaalipuoli on tietyl tavalla on, vaikka kuuluu samaan kun-
tatyhtymään.

(Hoitajat haastattelu)

Lääkäri 14: Tuosta integraatiosta, tiedon kulusta vielä niin se just täällä että ko-
tisairaanhoidon kanssa on ongelma just se, että milloin meidän pitää ilmoittaa
sinne hoitajalle kun ei me tiedetä kuka hänen hoitajansa siellä on, jos me teh-
dään vastaanotolla joku lääkemuutos ei me voida, en mä osaa ilmoittaa sinne
kenellekkään ja sitten jos antaa potilaan vastuulle, monesti myös monisairaita
ja niin ku muistisairaita ehkä et kertokaa, välittääkää tää tieto sinne (...) joskus
mä oon laittanu sähköposteja jos mä oon nähny siellä vanhan tutun hoitajan ni-

men teksteissä niin sit mä oon laittanu sähköpostia et teimpäs nyt hänelle tälläset lääkemuutokset ja katsokaa sitten sieltä.

(Lääkärit haastattelu)

Terveysasemien henkilöstön työn moninaisuutta kuvaa se, että joidenkin potilaiden kohdalla työntekijöiden oli tarpeen olla yhteydessä päihdehuoltoon, mielenterveystoimistoon, KELA:n, sosiaalitoimistoon tai työvoimatoimistoon. Yhteyksiä sosiaalitoimistoon kuvattiin usein huonosti toimiviksi. Useimmiten ongelmana oli yksinkertaisesti se, että terveydenhuollon henkilökunta ei tiennyt keneen sosiaalipalveluissa voisi ottaa yhteyttä. Asiakkaan ohjaaminen eteenpäin lyhyen vastaanottoajan puitteissa näyttäytyi vaikeana, mikäli vastaanottoajasta iso osa kului oikean puhelinnumeron etsimiseen. Yhteydenottomahdollisuudet ja yhteistyö päihdeklinikan ja mielenterveystoimiston kanssa toimi joillain asemilla hyvin ja toisilla terveysasemilla henkilöstö kuvasi tätäkin yhteistyötä vähäiseksi.

Lääkäri 15: No erikoissairaanhoidosta vähän huonosti tulee niitä palautteita, et se ei meillä on eri tuo atk sys- järjestelmä.(K: Okei) Että joistakin paikoista tulee hyvin mutta toisista ei käytännössä tuu ollenkaan ja sittenhän meillä on se (päivystys), mikä on niin kun päivystys paikka, niin sieltä tulee kyllä hyvin palautteet joo et (...) Joo mut sit sosiaalipuolen kanssahan meillä ei oo mitään, siis se on aivan niin kun eri erillistä systeemiä että se on ja meillä ei oo omaa sosiaalityöntekijää et se ois kauheen kiva kun olis joku.

(Haastattelija: Okei, joo joo.)

Lääkäri 16: Nimittäin sosiaalipalveluista ei oikein tiedäkään täällä, (...) no eikä niistä tiedä oikein potilaatkaan että tai sillai et se ois justiin hyvä jos ois se oma sosiaalihoitaja jolle vois.(...) jolta vois itte kysyä ja jolle vois ohjata potilaan kysymään jotain asioita että ainakin semmonen konsultoiva sosiaalihoitaja olis tosi hyvä.

(Lääkärit haastattelu)

Lääkäri 17: Että ei jossain A-klinikan asiakas sitten, meille ei tule niin kun automaattisesti A-klinikalta niin kun tietoja sit se pitää, se täytyy niin kun kaivaa niin kun näitä tietoja ehkä niin kun päihdehoitajan kautta täytys sitten haastatella joo, elikä meillä on joskus, ei riittävästi tietoja siitä että missä seurannassa potilas ja missä on hoitosuhde.

(Lääkärit haastattelu)

Puhuttaessa pitkäaikaissairaiden ja monia palveluita tarvitsevien potilaiden auttamisesta henkilöstö korosti yhteistyön tärkeyttä, ja yhteistyövaikeuksien koettiin haittaavan potilaiden hyvää hoitoa ja toisaalta omaa työtä. Joillakin terveysasemilla omaksuttuun omahoitajamalliin sisältyy potilaan asioiden kokonaisvaltainen hoito. Haastattelut osoittivat kuitenkin, että omahoitaja- tai omalääkärimallin puuttuessa työntekijät ottivat hoitaakseen asiakkaan asioita esimerkiksi kotihoidon tai

päihdeklinikan kanssa, koska he epäilivät, ettei asiakas siihen itse kykene. Toimimalla näin toteutetaan hoitotyön eettisiä periaatteita, mutta samalla tehdään työtä, joka jää näkymättömäksi virallisissa ajankäyttölaskelmissa ja työtehtävien kuvauksissa.

Hoitaja 21: Vähän riippuu asiakkaasta, et joko pyydän asiakasta itse ottamaan yhteyttä, eliä etsin sen tahon mihin hän voi (...) tässä asiassa ottaa yhteyttä mut jos on kovin iäkäs, huonokuntoinen, vaikka muistiongelmanen, niin sitten voin toki hänen luvallaan ottaa yhteyttä siihen tiettyyn.

(Hoitajat haastattelu)

Lääkärien näkökulmasta integraation ja valinnanvapauden lisääntymisen kielteisenä seurauksena voi olla terveyskeskuslääkäriin kohdistuva lisääntyvä paine monimutkaisen palvelukokonaisuuden hallinnasta.

Haastattelija: Joo. Miten teillä on toiminu tää hoidon integraatio eli miten se on nivoutunu silleen et jos asiakas...?

Lääkäri 18: Aika, me ollaan se joka varmaan nivouttaa sen, et niin kun täähän on kun se haastava piste että periaatteessa mä nään ainakin yleislääkärin työn sellasena just et se pitää ne sen niin kun kokonaisuuden hansassa, että sillä voi olla niin ku hoito keuhkotaudeilla ja sit voi olla hoitoo ihotaudeilla sit voi olla siellä ja täällä ja ne ei kuitenkaan keskustele keskenään (...) Ja tota ja sit voi olla jotain psyk puolen proplematiikkaa tai sosiaalipuolen juttuu, niin sit jotenkin mä nään ainakin että me ollaan se semmonen keskus mikä yrittää pitää sitä hommaa kasassa.

(Lääkärit haastattelu)

Lopuksi

Henkilöstön näkökulmasta potilasryhmien välillä on eroja sen suhteen miten he osaa- vat ja kykenevät ottamaan aktiivisen valintoja tekevän potilaan roolin. Haastatteluis- ta ilmeni, että osaa potilaista pidettiin osaavina potilaina, jotka tietävät mistä ja miten hankkia tietoa terveydestä ja terveyspalveluista. Heidän mahdollisuutensa ja halun- sa tehdä valintoja oman terveytensä ja palveluiden suhteen näyttää itsestään selväl- tä. Toisaalta osa potilaista näyttäytyi 'haavoittuvina' (vrt. Bastiaens et al., 2007), joihin katsottiin kuuluvaksi erityisesti monisairaat, iäkkäät ja erilaisia sosiaali- ja terveyden- huollon palveluja tarvitsevat. He ovat selvästi heikommassa asemassa oleva ryhmä valintojen tekemisen mahdollisuuksien suhteen. Heillä ei välttämättä näytä olevan resursseja etsiä tietoa ja hakea omatoimisesti eri palveluntarjoajien palveluita. Joten heidän mahdollisuutensa ottaa aktiivisen valintoja tekevän kansalaisen rooli, ilman ammattilaisten tukea ja apua näyttävät heikoilta. On tarpeen käydä keskustelua siitä, missä määrin potilaiden jaottelu tällaisiin kategorioihin voidaan tulkita liialliseksi holhoamiseksi, ja missä määrin siinä on kyse ammattilaisten työetiikasta ja työn

keskeisestä sisällöstä. Terveysasemien käytännön toiminnan ja työntekijöiden päivittäisen työn kannalta potilaiden kyvyissä ja halussa tehdä valintoja ja ottaa aktiivisemman toimijan rooli on vaihtelua. Toiset potilaat ohjautuvat itse palveluiden ja tiedon äärelle, jolloin työntekijät voivat ottaa palveluista informoivan tiedonjakajan ja kansatoimijan roolin. Joidenkin potilaiden kohdalla työntekijöiden rooli on potilaan asiantuntijana, joka pyrkii varmistamaan, että potilas saa tarvitsemaansa hoitoa ja palveluita (vrt. Rees Jones et al. 2004). Näiden potilaiden kohdalla lääkärit ja hoitajat voivat ottaa tehtäväkseen tehtäviä, jotka ylittävät heidän tavanomaisen työnkuvansa.

Sekä lääkärit että hoitajat pitivät tärkeänä hoitosuhteen jatkuvuutta sekä potilaan että työntekijöiden kannalta. Hoidon jatkuvuus mahdollisti paremman tiedon välityksen ja säästi siten sekä potilaiden että henkilöstön aikaa, mahdollisti luottamuksuhteen syntymisen, ja oli myös tärkeä keino säästää kustannuksissa. Työntekijöiden mielestä hyvällä hoidon jatkuvuudella voitaisiin välttyä sekä ylihoitamiselta että alihoitamiselta. Hoidon jatkuvuus estäisi päällekkäiset hoidot, mutta myös sen, ettei potilas putoa palveluverkosta siksi että kenelläkään ei ole hänestä vastuuta. Aineisto osoitti, että terveysasemien työntekijät tekevät näkymätöntä työtä mahdollistaakseen hoidon ja potilas-työntekijäsuhteen jatkuvuuden silloinkin kun terveysasemalla ei ole järjestetty varsinaista omahoitaja-omalääkärimallia. Hoitosuhteen jatkumista edesautettiin tekemällä yhteistyötä ajanvarauksessa ja osoittamalla potilas tutulle työntekijälle mikäli mahdollista.

Palveluiden parempi integraatio palvelisi työntekijöiden näkökulmasta nimenomaan vaikeimmassa asemassa olevia ja paljon palveluja käyttäviä monisairaita ja pitkäaikaissairaita potilaita. Paremmalla palveluiden integraatiolla voitaisiin helpottaa työntekijöiden työtaakkaa ja ajankäyttöä sekä varmistaa potilaiden pääseminen tarvitsemiensa palveluiden piiriin. Työntekijöiden näkökulmasta valinnanmahdollisuuksien lisäämien voi olla ristiriidassa hoidon jatkuvuuden ja palveluiden integraation kanssa, koska potilaiden valinnanmahdollisuudet ulottuvat vain terveysaseman valintaan ja terveysaseman vaihtaminen voi hajottaa yhteistyöverkoston.

Palveluiden integraatio tarkoitti työntekijöiden näkökulmasta monia asioita. Integraation nähtiin liittyvän terveysasemien sisäiseen henkilöstöryhmien väliseen yhteistyöhön ja tiedonvaihtoon, terveydenhuollon eri toimijoiden väliseen yhteistyöhön, ja terveydenhuollon toimijoiden ja muiden toimijoiden kuten KELA:n, työelämäkeskusten, päihde- ja mielenterveyspalveluiden sekä sosiaalitoimistojen väliseen yhteistyöhön. Yhteistyön muodot ja mahdollisuudet vaihtelivat suuresti eri asemien ja alueiden välillä. Parhaiten, joskaan ei aina, yhteydet ja yhteistyö toimi terveydenhuollon sisällä, ja huonoiten terveydenhuollon ja sosiaalihuollon toimijoiden välillä. Poikkeuksena edellä mainittuun mainittiin vanhusten kotihoito, johon viime vuosina on luotu erilaisia palvelukeskuksia ja palveluohjaajia, joiden kautta terveydenhuollon toimijat pysyvät nopeasti ottamaan yhteyttä tarvitsemiinsa henkilöihin. Erojen taustalla näyttäisi olevan erilaiset asema- ja aluekohtaiset työkalut ja totut toimintatavat. Tästä näkökulmasta palveluiden parempi integraatio edellyttää tällaisten näkymättömien esteiden näkyväksi tekemistä ja avointa keskustelua eri toimijoiden rooleista sekä yhteistyön edellytyksistä.

Osa kunnista oli toteuttanut integraatiota siten, että yhdelle terveysasemalle oli koottu laaja joukko ammattilaisia, jotka toimivat samassa tiimissä. Hyötynä oli, että työntekijöiden työtä voitiin vähentää ohjaamalla asiakas suoraan esimerkiksi fysioterapeutille jolloin pystyttiin välttämään turhia asiakaskäyntejä. Samalla eri ammattilaisilla on hyvät mahdollisuudet konsultoida toisia ammattilaisia. Näissä tapauksissa työntekijät kokivat uhkana, että palveluiden hakeminen eri organisaatioista katkaisee hoidon integraation.

Erityishaasteita terveysasemien ja henkilöstön työlle asettivat myös huonosti toimivat tietojärjestelmät, joiden toimimattomuus hankaloitti palveluiden integraatiota, ja tulee henkilöstön näkökulmasta hankaloittamaan myös valinnanvapauden optimaalista toteutumista. Terveysasemilla tehtävä työ on keskeinen osa perusterveydenhuoltoa, ja asiakkaiden kokema palvelun laatu syntyy terveysasemien henkilöstön työn tuloksena. Terveysasemilla tehtävä työn arvioitiin olevan erityisen vaativaa hyvin heterogeenisen asiakaskunnan, monenlaisten palvelujärjestelmien ja terveyttä koskevan tiedon lisääntymisen vuoksi. Monien terveysasemien henkilöstön työtä näyttävät leimaavan myös ongelmat tiedonvälityksessä ja yhteistyössä terveysasemien ulkopuolisten toimijoiden kanssa, sekä kustannuspaineet ja viimevuosien monet organisaatiomuutokset.

Terveysasemien henkilöstö tekee paljon näkymätöntä työtä, jota ilman hoidon laatu kärsisi tai moni potilas jopa jäisi vaille tarvitsemiaan palveluja. Tärkeä osa siitä, mitä kutsutaan hyväksi palveluksi, syntyy asiakkaiden ja työntekijöiden välisen vuorovaikutuksen tuloksena terveysasemien arjessa. Asiakkaan ja sairaanhoitajan tai lääkärin kohtaaminen on näkyvä osa terveysterveysterveyspalveluja. Siihen, miten asiakas kohdataan ja millaista palvelua hän saa, vaikuttaa myös henkilöstöryhmien välinen yhteistyö sekä institutionaalisten toimijoiden välinen yhteistyö, joka on näkymättömäksi jäävä osa terveysasemien arkea. Terveysasemien työskentelytapa ja eri työntekijäryhmien ja toimijoiden välisen yhteistyön toimivuus tai toimimattomuus vaikuttaa keskeisesti asiakkaan kokemaan palvelun laatuun.

Valtaosassa organisaatioita työskentelytapa oli muuttunut siten, että lääkärin rooli vastaanottopalveluissa oli vähentynyt ja hoitajien rooli oli lisääntynyt. Useissa tapauksissa tämä oli vastaus lääkäripulaan, eli vastaanotoilla oli organisoitu työ uudelleen ja mietitty, mitä eri ammattiryhmien oli järkevä tehdä tehokkuuden lisäämiseksi. Muutos näkyi pätevyydenluonteisissa palveluissa siten, että asiakas tuli ensimmäisenä hoitajan vastaanotolle ja vain tarvittaessa lääkärin vastaanotolle. Pitkäaikaissairaiden kohdalla hoitajat olivat useimmiten vastuuhenkilöitä, jotka huolehtivat pitkäaikaissairaiden hoidosta hyvin itsenäisesti (lääkärin kanssa tehdyn hoitosuunnitelman mukaisesti) ja kysyivät lääkärin ohjeita tarvittaessa. Joissakin organisaatioissa lääkärin rooli oli kuitenkin varsin vahva ja hoitajan roolina oli huolehtia esitietojen ja laboratorionäytteiden otosta lääkärin vastaanottoa varten. Kehitys on yleinen koko maassa. Valtakunnallisen kyselyn mukaan pätevyydenluonteisissa jopa puolessa hoitaja vastaanottaa potilaan, eikä ole tarvetta lääkärin vastaanotolle tai konsultaatiolle (Parhiala ym. 2016). Terveyskeskusten vastaanottotoimintaa ajatellaan varsin yleisesti lääkärin vastaanottona ja yleensä puhutaan jonoista lääkärin vastaanotolle.

Mielikuva on kuitenkin jo vanhentunut. Kun mietitään keinoja valinnanvapauden toteuttamiseksi on samalla mietittävä terveyskeskustyön sisältöä eri työntekijäryhmien näkökulmasta.

Valinnanvapauden vahvistaminen edellyttää huomion suuntaamista myös palveluiden tuottajien toimintamalleihin ja käytännön toimintatapojen kehittämistä aidosti asiakaslähtöisen toimintakulttuurin kehittämisessä (Ahonen ym. 2015; Ahgren & Nordgren 2012; OECD 2010; Whellams 2016). Toisaalta on otettava paremmin huomioon se, miten viime vuosien muutokset vaikuttavat hoitohenkilöstön työhyvinvointiin ja kuormittuneisuuteen. Hoitajien työnkuvan laajentamisella tavoitellaan hoitajien ammattitaidon parempaa hyödyntämistä ja päätösvallan hajauttamista, mutta vastuiden laajentaminen ilman asiaankuuluvaa koulutusta samalla kun työmäärä lisääntyy huonontaa työhyvinvointia (Huttunen et al., 2009; Kuokkanen 2010). Kuormittuneisuutta lisäävät myös kasvaneet tehokkuusvaatimukset, henkilökunnan vähennykset ja työtehtäviin käytettävissä olevan ajan väheneminen (Utriainen & Kyngäs, 2008; Doherty 2009), mikä näkyi myös tässä aineistossa. Paikallisilla työkaluilla on merkitystä sille miten valtakunnallisella tasolla määritellyt muutostavoitteet voivat toteutua (Aghren & Nordgren 2012; Huttunen et al., 2009). Potilaiden valinnanvapausuudistuksen toteuttaminen todennäköisesti helpottuu, mikäli huomioidaan paremmin se, miten uudistukset vaikuttavat hoitohenkilökunnan työhön. Aineisto osoitti, että hoitajien työtehtävien ja vastuiden laajentaminen voi keventää lääkärin työtaakkaa. Toisaalta hoitajien roolin kasvaminen edellyttää lääkäreiden suostumusta oman professionsa toimialan ja -vallan kaventamiseen (Kroezen et al. 2014). Palveluiden integraatio vaatii erilaisten ammatillisten kulttuurien ja toimintatapojen yhteensovittamista, mikä ei ole ongelmaton (vrt. Doherty 2009; Liberati et al., 2016; Utriainen & Kyngäs 2008). Valinnanvapauden ja integraation toteuttaminen vaatii lisähuomiota johtamistapoihin ja työkaluun (OECD 2010; Whellams 2016). Tätä näkökulmaa on uudistuksissa toistaiseksi huomioitu vähän (Ahonen ym. 2015).

Jatkossa olisi syytä pohtia syvällisemmin sitä, miten valinnanvapauden lisäämiseen ja palveluiden integroimiseen tähtäävät uudistukset suhteutuvat muihin jo toteutettuihin uudistuksiin ja miten henkilöstö motivoidaan ja sitoutetaan jälleen uuteen muutosprosessiin. Henkilöstön näkökulmasta potilaiden valinnanvapautta ja integraatiota koskevat uudistukset ovat osa jatkuvaa muutosprosessia ja organisaatiouudistuksia, joihin henkilöstöllä ei välttämättä ole ollut paljonkaan mahdollisuutta vaikuttaa. Valinnanvapauden, palveluiden integraation ja asiakaslähtöisyyden onnistunut toteuttaminen edellyttää terveysasemien henkilöstöryhmien ja työkaluun huomioimista muutostekijöinä.

LÄHTEET

- Ahgren B & Nordgren L (2012) Is choice of care compatible with integrated health care? An exploratory study in Sweden. *Int J of Health Planning and Management*, 27, e162-e172.
- Ahonen A, Vuorio L & Tähtinen T (2015) *Potilaan valinnanvapaus, Ruotsin malli ja Suomen sote-uudistus. Markkinoiden toimivuuden ja taloudellisten vaikutusten näkökulma*. Kilpailu- ja kuluttajaviraston selvityksiä 6/2015.
- Bastiaens H, Van Royen P, Pavlic D, Raposo V, Baker R (2007) Older people's preferences for involvement in their own care: a qualitative study primary health care in 11 European countries. *Patient education and counselling*, 68, 33-42.
- Doherty C (2009) A qualitative study of health care service reform on nurses' working lives: Learning from the UK National Health Service (NHS). *International Journal of Nursing Studies*, 46, 1134-1142.
- Ellis J & McIver S (2009) Supporting patients to make informed choices in primary care: what works? *HSMC Policy Paper 4*, University of Birmingham. (pdf)
- Elovainio, M, Salo, P, Jokela, M, Heponiemi, T, Linna, A, Virtanen, M, Oksanen, T, Kivimäki, M, & Vahtera, J (2013). Psychosocial factors and wellbeing among Finnish GPs and specialists: A 10-year follow-up. *Occupational and Environmental Medicine*, 70, 246-251.
- Erhola M, Jonsson, P, Pekurinen M, Teperi J (2013) *Jonottamatta hoitoon*. THL:n aloite perusterveydenhuollon vahvistamiseksi. THL, Helsinki.
- Greenhalgh T, Woodard, F & Humphrey C (2011) Inherent tensions in involving users, In Greenhalgh T, Humphrey C & Woodard F (eds.) *User Involvement in Health Care*, pp.104-115. Wiley-Blackwell, BMJ Books.
- Hart A, Henwood F & Wyatt S (2004) The Role of the Internet in Patient-Practitioner Relationship: Findings from a Qualitative Research Study. *Journal of Medical Internet Research* Jul-Sep 6(3), e36.
- Huttunen A, Kvist T & Partanen P (2009) Sairaanhoidajien työmotivaatio ja siihen yhteydessä olevat tekijät. *Tutkiva hoitotyö*, 7 (2), 21-27.
- Keskimäki, I, & Tynkkynen, L-K (2016). The Government makes further decisions on health and social service reorganization. *Health Systems and Policy Monitor*, April 21 2016. Available at: <http://www.hspm.org/countries/finland21082013/countrypage.aspx>
- Kroezen M, Mistiaen P, van Dijk L, Groenewegen P P & Franke A L (2014). Negotiating jurisdiction in the workplace: A multiple-case study of nurse prescribing in hospital settings. *Social Science & Medicine*, 117, 107-115.
- Kuokkanen, L (2010) Eettiset ongelmat hoitajan työn kuormittajina. Teoksessa Kantolahti T & Tikander T (toim.). *Puheenvuoroja työn kuormittavuudesta*, ss. 53-58. STM selvityksiä 17 [verkkojulkaisu]. Viitattu 12.9.2016. Saatavissa: <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-00-3011-7>
- Liberati E.G., Gorli M & Scaratti G (2016) Invisible walls within multidisciplinary teams: Disciplinary boundaries and their effects on integrated care. *Social Science & Medicine*, 150, 31-39.
- Litva A, Coast J, Donovan J, Eyles J, Shepherd M, Tacchi J, Abelson J & Morgan K (2002). 'The public is too subjective': Public involvement at different levels of health-care decision-making. *Social Science & Medicine*, 54, 1825-1837.
- Lämsä, R, Larivaara, M, Heponiemi, T & Elovainio, M (2011). Terveyskeskuslääkäri kärsii tai nauttii työn hajanaisuudesta. *Suomen lääkirilehti*. 66(24):2009-2013
- McKinstry B (2000). Do patients wish to be involved in decision-making in the consultation? A cross sectional survey with video vignettes. *British Medical Journal*, 321, 867-871.
- McMullan, M. (2006) Patients using the Internet to obtain health information: How this affects the patient-health professional relationship. *Patient Education and Counseling*, 63, 24-28.
- OECD 2010 Health care systems: Getting more value for money. *OECD Economics Department Policy Notes*, no 2, Paris.
- Papp, R, Borbas, I, Dobos, E, Bredehorst, M, Jaruseviciene, Vehko, T & Balogh, S (2014). Perceptions of quality in primary health care: perspectives of patients and professionals based on focus groups discussions. *BMC Family Practice*, 15: 128. DOI:10.1186/1471-2296-15-128.
- Rees Jones I, Berney L, Kelly M, Doyal L, Griffiths C, Feder G, Hillier S, Rowlands G & Curtis S (2004). Is patient involvement possible when decisions involve scarce resources? A qualitative study of decision-making in primary care. *Social Science & Medicine*, 59, 93-102.

- Syrjä, V, Tynkkynen, L-K, Keskimäki, I (2015). The Government reaches a decision on the future structure of the health care and social welfare system. Health Systems and Policy Monitor, December 7 2015. Available at: <http://www.hspm.org/countries/finland21082013/country-page.aspx>
- Tonkens E, Newman J (2011) Active citizens, activist professionals. In Tonkens E & Newman J (eds.), *Participation, Responsibility and Choice: Summoning the Active Citizen in Western European Welfare States*.
- Tynkkynen, L-K, Chydenius, M, Saloranta, A, & Keskimäki, I (2016). Expanding choice of primary care in Finland: much debate but little change so far. *Health Policy* 120, 227–234
- Utriainen, K & Kyngäs H (2008). Hoitajien työhyvinvointi: systemaattinen kirjallisuuskatsaus. *Hoitotiede*, 20 (1), 36-47.
- Utriainen, K, Ala-Mursula L & Vironkannas H (2011). Näkökulmia sairaanhoitajien työhyvinvointiin. *Tutkiva hoitotyö*, 9 (1), 29-35.
- Vuorenkoski, L (2008). *Finland: Health system review*. WHO/observatory: Copenhagen, 2008, p.168. http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0007/80692/E91937.pdf
- Vrangbaek, K, Robertson, R, Winblad, U, van de Bovenkamp, H, & Dixon, A (2012). Choice policies in Northern European Health Systems. *Health, Economics, Policy and Law*, 7, 47-71.
- Whellams A (2016) *Valinnanvapaus Englannin sosiaali- ja terveydenhuollossa*. Työpaperi 2/2016. THL Helsinki.
- While A & Dewsbury G (2011). Nursing and information and communication technology (ICT): A discussing of trends and future directions. *International Journal of Nursing Studies* 48, 1302-1310.
- Winblad, U (2008). Do physicians care about patient choice? *Social Science & Medicine*, 67, 1502-1511.

ASIAKKAIDEN KOKEMUKSET PALVELUISTA – NÄKEMYKSIÄ TERVEYSASEMAN VALINNASTA

Tuulikki Vehko, Miisa Chydenius, Anna-Mari Aalto

Hoitoon pääsyssä ongelmia

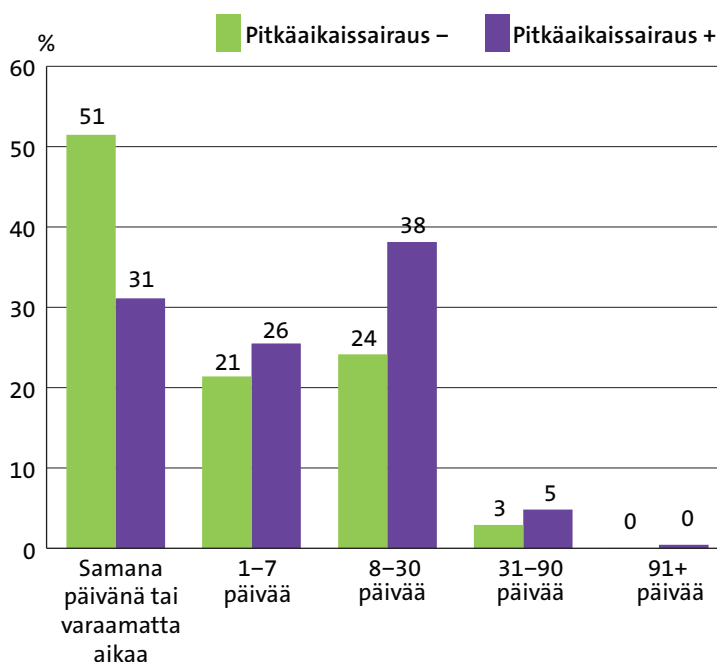
Hoitoon pääsy terveysasemille on todettu kompastuskiveksi suomalaisessa terveydenhuollossa (Erhola ym. 2013, OECD 2016). Eurooppalaisessa EU-Silc -kyselyssä (2013) tyydyttämätöntä hoidon tarvetta tai ongelmia lääkäriin pääsyssä on kokenut Suomessa 6 % väestöstä, naapurimaissa Ruotsissa 3 % ja Virossa 11 %, EU-keskiarvon ollessa 6 % (Eurostat 2013). Kansainvälisesti suomalaisilla on ollut korkea toleranssi kohtuullisen lääkärille pääsyn odotusajan suhteen, eli noin viikko, kun monissa muissa Euroopan maissa kohtuulliseksi ajaksi arvioidaan päivä tai pari (Papp ym. 2014).

Kunnan on järjestettävä toimintansa siten, että potilas voi saada arkipäivisin virka-aikana välittömästi yhteyden terveyskeskukseen tai muuhun terveydenhuollon toimintayksikköön (Terveydenhuoltolaki 51§) (FINLEX 2010). Terveyskeskusten johtavien lääkäreiden arvion (maaliskuu 2015) mukaan välitön yhteydensaanti toteutui valtaosassa (72 %) terveyskeskuksista, mutta kolmanneksessa (27 %) oli ajoittaisia ongelmia ja vain harvoilla jatkuvia ongelmia (1 %) (Knape ym. 2016). Kiireettömän hoidon kohdalla hoidon tarpeen arvio tulee toteuttaa kolmantena arkipäivänä siitä, kun potilas on ottanut yhteyttä terveyskeskukseen, ellei arvioita ole tehty ensimmäisessä (puhelin) yhteydenotossa. Terveydenhuoltolain mukaan (51§) lääketieteellisesti perusteltu hoito on järjestettävä potilaalle kolmen kuukauden kuluessa. Kiireettömän hoitoonpääsyn seurannassa (lokakuu 2015) tarkasteltiin noin 10 prosenttia avosairaanhoidon lääkärikäynneistä. Seurannassa osalla asiakkaista on ollut varsin pitkiä odotusaikoja hoitoonpääsyssä; yli kolme kuukautta kestäneitä odotusaikoja oli 2 %:ssa kaikista käynneistä ja eniten tällaisia viiveitä oli Pohjois-Suomen aluehallintoviraston alueella (Knape ym. 2016). Terveydenhuoltolaki (55 §) edellyttää kunnan tai kuntayhtymän julkaisevan internetissä tiedot mm. perusterveydenhuollon hoitoon pääsystä 4 kuukauden välein. Tiedotus terveysasemien jonotilanteesta on toteutunut suurimmassa osassa kunnista, mutta laiminlyöntejä jonotietojen julkaisemisessa oli joissakin kunnissa. Julkaistut tiedot oli toisinaan hankala löytää kunnan internetsivuilta ja tietoa tarjottiin vaihtelevalla tarkkuudella, esimerkiksi kunnan tiedot, terveysaseman tiedot tai terveydenhuollon ammattiryhmätiedot (lääkäri/hoitaja/ hammaslääkäri). (Tuorila 2016)

Terveyskeskuspotilaiden kokemuksia hoidon toteutumisesta ja sen laadusta tarkasteltiin Terveysaseman hoidon laatu: potilaan näkökulma -asiakaskyselyssä, joka toteutettiin lähinnä suurissa kaupungeissa (Katso Liite 2). Terveyskeskusten asiakaskyselyyn vastanneista vain 33 % antoi parhaan mahdollisen arvosanan pu-

helinyhteyden saamisesta terveysasemalle (Liite 1, Liitetaulukko A1). Asiakaskyselyn mukaan vastaanottoajan terveysasemakäynnilleen oli varannut vähintään päivää ennen enemmistö (61 %) vastaajista. Noin kolmasosa (30 %) oli varannut ajan samana päivänä ja osa potilaista (9 %) oli tullut vastaanotolle varaamatta aikaa. Koska maan avosairaanhoidon kiireettömistä vastaanottokäynneistä hieman pienempi määrä, 24 %, toteutui yhteydenottopäivänä (Knape ym. 2016), mutta osuudet eivät ole suoraan verrattavissa, sillä Terveyskeskusten asiakaskyselyyn vastanneista ei ole kiireellisyysarviotietoa.

Samana päivänä ajanvaraamisesta toteutuneita käyntejä oli enemmän ei-pitkäaikaissairaille, mutta pitkäaikaissairaille oli muita useammin tehty varaus terveysasemakäynnille viikkoa, kuukautta tai kolmea kuukautta ennen terveysasemakäyntiä (Kuvio 1). Pitkäaikaissairaiden keskuudessa 5 % odotti vastaanottoa 30 päivää tai enemmän kun ei-pitkäaikaissairaiden kohdalla osuus oli pienempi (3 %). Tämä saattaa johtua siitä että pitkäaikaissairaiden kohdalla kyse on usein ennalta sovitusta seurantakäynnistä, eikä akuutista hoidon tarpeesta.

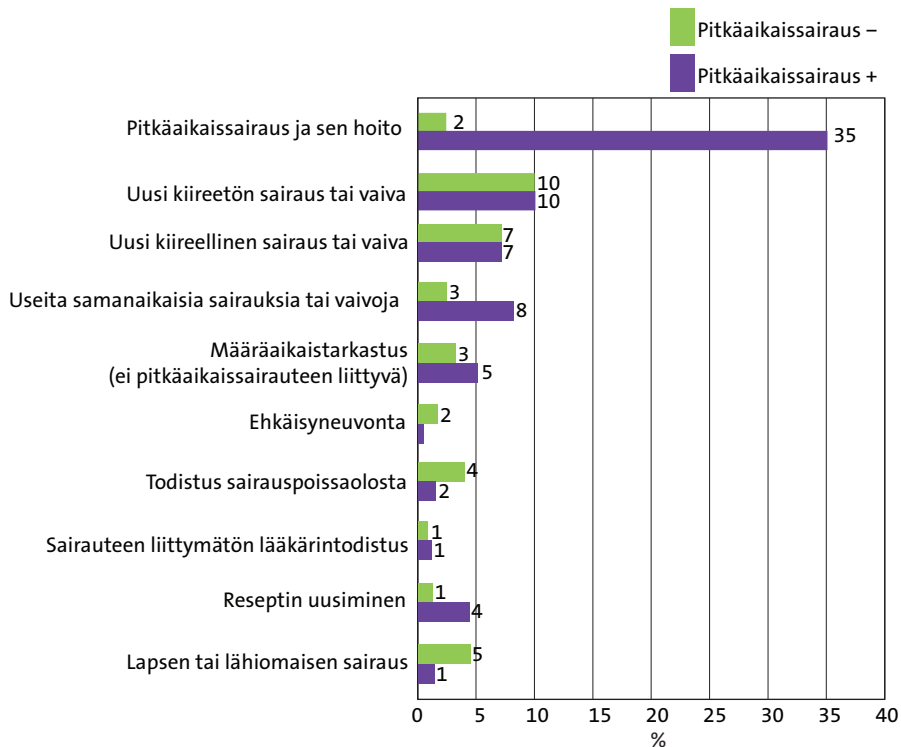


Kuvio 1. Asiakkaan ajan varaamisen ja terveysasemakäynnin toteutumisen välinen aika ei-pitkäaikaissairaille ja pitkäaikaissairaille. (Terveyskeskusten asiakaskysely, n=7147)

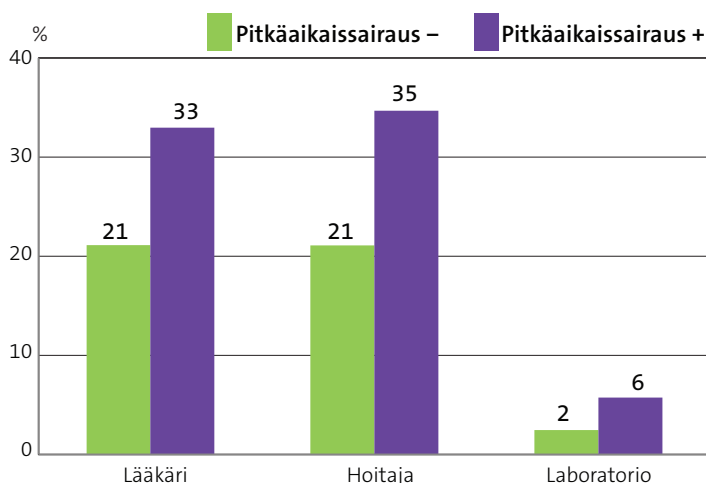
Terveyskeskusten asiakkaat ovat suurelta osin pitkäaikaissairaita

Terveyskeskusten asiakaskyselyyn vastanneista aikuisista suurin osa (62 %) ilmoitti sairastavansa pitkäaikaista sairautta. Terveysasemittain tarkasteltuna tilanne vaihteli (44-94 %) sillä osalle terveysasemia oli koottu pitkäaikaissairaita ja osalle taas muita asiakkaita.

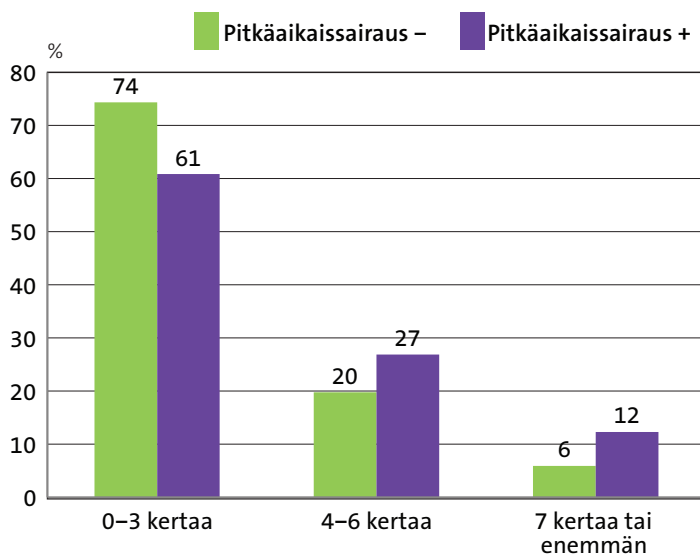
Useimmiten käyntisyyinä oli pitkäaikaissairaus ja sen hoito (Kuvio 2). Asiaskäynnit toteutuivat niin lääkärin kuin hoitajankin vastaanotoilla (Kuvio 3). Pitkäaikaissairaat olivat käyneet muita useammin lääkärin vastaanotolla vuoden aikana (Kuvio 4).



Kuvio 2. Asiakkaiden itse ilmoittamat käyntisyyt ei-pitkäaikaissairaille ja pitkäaikaissairaille. Käyntisyyistä saattoi valita useita ja kuviossa on monivalintakysymyksen yhteismäärät. (Terveyskeskusten asiakaskysely, n=7147)



Kuvio 3. Asiakkaiden vastaukset millä vastaanotolla/vastaanotoilla kävi asiakaskyselyn osallistumiskerralla. Vastaanottotapahtumista saattoi valita useita ja kuviossa on monivalintakysymyksen yhteismäärät. (Terveyskeskusten asiakaskysely, n=7147)

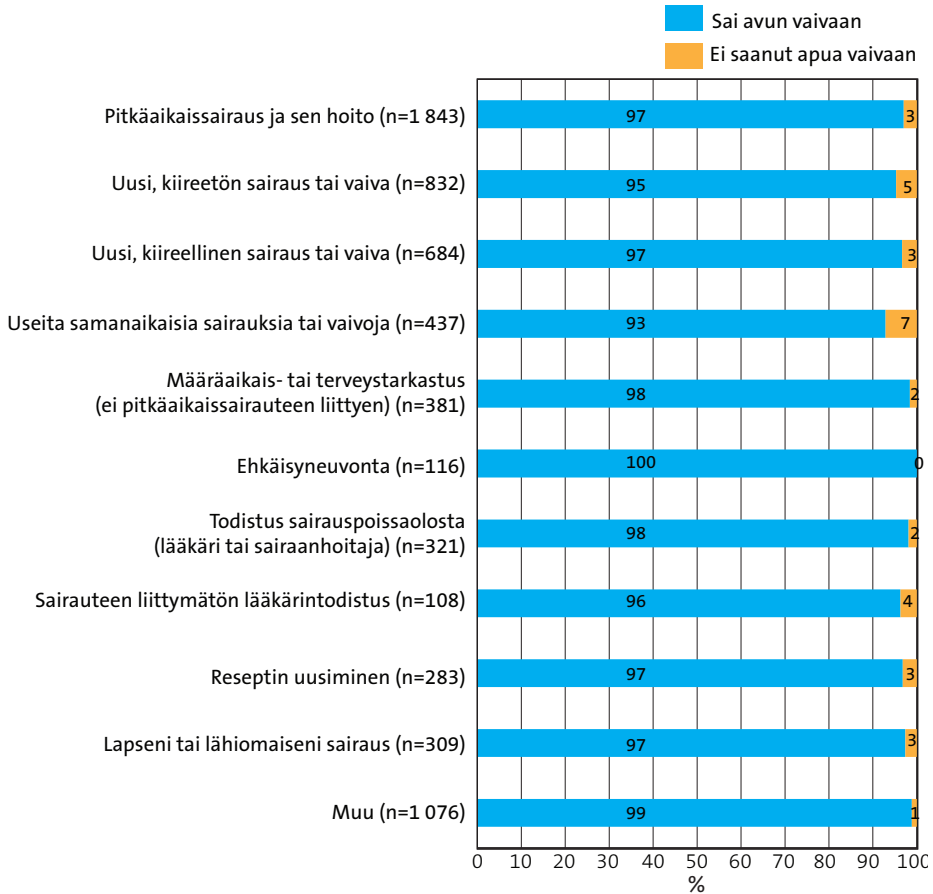


Kuvio 4. Asiakkaiden vastaukset lääkärikäynneistä (terveysasemalla tai muualla) viimeisen 12 kk aikana. (Terveyskeskusten asiakaskysely, n=7147)

Pitkäaikaissairaista noin puolelle (54 %) oli tehty hoitosuunnitelma, neljäsosalle ei ollut tehty hoitosuunnitelmaa ja neljäsosa pitkäaikaissairaista ei tiennyt oliko hänelle tehty hoitosuunnitelmaa. Terveysasemien välillä todettiin vaihtelua hoitosuunnitelman teossa, niiden osuus, jotka ilmoittivat että heille oli tehty hoitosuunnitelma, vaihteli välillä 33–79 %. (Vehko ym. 2016a)

Henkilöstön ammattitaitoon ja vuorovaikutukseen ollaan tyytyväisiä

Valtaenemmistö terveyskeskusasiakkaista (97 %) koki saaneensa avun vaivaansa käynnillään (Kuvio 5). Pitkäaikaissairaat kokivat jonkin verran muita useammin, etteivät olleet saaneet apua ongelmaansa vastaanottokäynnillä.



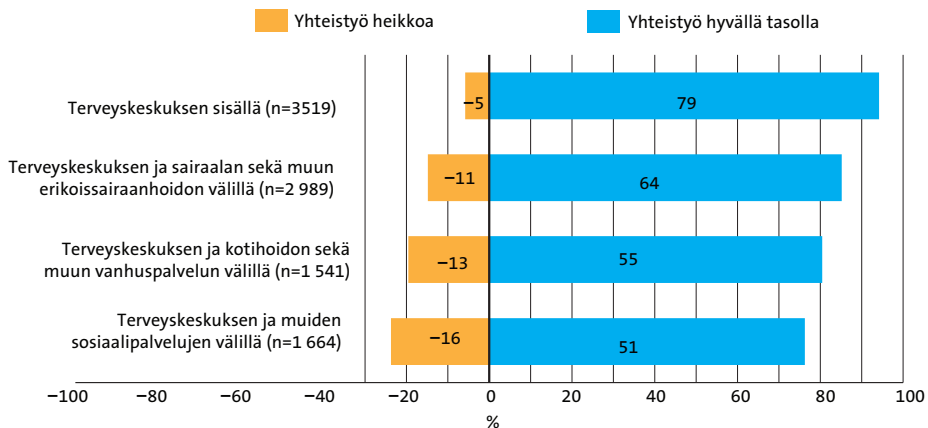
Kuvio 5. Asiakkaiden vastukset kysymykseen ”Saitteko avun vaivaanne tällä käynnillä?”. Kyllä- ja ei -vastaukset on esitetty terveysaseman asiointikäyntiä koskevan syyn mukaan. (Terveyskeskusten asiakaskysely)

Alle puolet vastaajista antoi parhaan arvosanan tyytyväisyydestä odotusaikaan odotushuoneessa, lääkärille 37 % ja hoitajalle 43 %. Sen sijaan yli puolet vastaajista arvioi lääkärin tai hoitajan ammattitaidon tai heidän vuorovaikutuksensa asiakkaan kanssa erinomaiseksi (Liite 2, Liitetaulukko A1).

Hoitosuunnitelman olemassaolo vaikutti myönteisesti pitkäaikaissairaiden kokemukseen vastaanottoajan riittävydestä ja hoidon laadusta lääkärin vastaanotolla. Myös hoitosuhteen jatkuvuudella oli merkitystä asiakasarvioon, yleensä saman lääkärin vastaanotolla asioineet olivat tyytyväisempiä hoitoon vastaanotolla kuin asiakkaat, joiden lääkäri vaihtui. (Vehko ym. 2016a)

Eri tahojen yhteistyön toimivuus on tärkeää pitkäaikaissairaiden hoidon rakentumisessa. Pitkäaikaissairailta, jotka olivat käyttäneet useampaa sosiaali- tai terveydenhuollon palvelua, tiedusteltiin kokemuksia siitä, miten yhteistyö hoitoon osallistuvien organisaatioiden välillä oli potilaan näkökulmasta sujunut (Kuvio 6). Enemmistö (79 %) pitkäaikaissairaista arvioi yhteistyön terveyskeskuksen sisällä toimivan hyvin. Tällaista yhteistyötä on esimerkiksi laboratorion ja lääkärin välillä tai lääkärin ja hoitajien välillä. Yli puolet (64 %) pitkäaikaissairaista arvioi yhteistyön terveyskeskuksen ja sairaalan sekä muun erikoissairaanhoidon välillä toimivan hyvin. Yli puolet (55 %) pitkäaikaissairaista arvioi yhteistyön terveyskeskuksen ja kotihoidon sekä muiden vanhushpalvelujen välillä toimivan vähintään hyvin. Puolet (51 %) pitkäaikaissairaista arvioi yhteistyön terveyskeskuksen ja muiden sosiaalipalveluiden välillä toimivan hyvin.

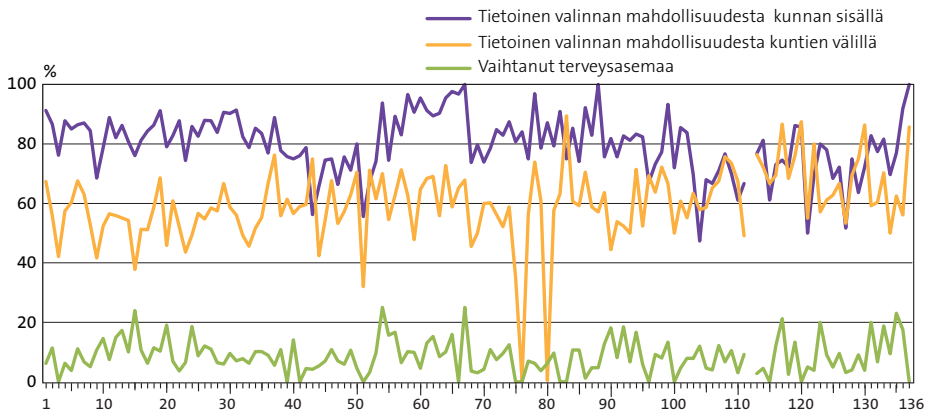
Kuvion 6 tietoja voidaan käyttää myös arviona eri palveluja käyttäneiden määristä, kun tarkastellaan niitä pitkäaikaissairaita (n=3920) jotka olivat käyttäneet yhtä tai useampaa terveys- tai sosiaalipalvelua ja arvioineet yhteistyön sujuvuutta. Arvion terveyskeskuksen sisäisestä yhteistyöstä oli antanut 90 % pitkäaikaissairaista; terveyskeskuksen ja sairaalan välisestä yhteistyöstä 76 %; terveyskeskuksen ja vanhushpalveluiden välisestä yhteistyöstä 39 % sekä terveyskeskuksen ja muiden sosiaalipalveluiden välisestä yhteistyöstä 42 %. Terveyskeskuksen ja sairaalapalveluiden yhteiskäyttö oli tavallisempaa kuin terveyskeskuksen ja sosiaalipalveluiden yhteiskäyttö.



Kuvio 6. Pitkäaikaissairaiden arvot hoitoon osallistuvien työntekijöiden yhteistyöstä. Vastausvaihtoehdot "erittäin huonosti" ja "huonosti" on yhdistetty, samoin "erinomaisesti" ja "hyvin". (Terveyskeskusten asiakaskysely)

Terveyskeskusasiakkaat tietävät mahdollisuudesta valita, mutta vaihtajia on vain vähän

Terveysaseman hoidon laatu: potilaan näkökulma -asiakaskyselyssä tarkasteltiin myös potilaiden näkemyksiä ja kokemuksia valinnanvapaudesta terveydenhuollossa. Kahdeksan kymmenestä terveyskeskusasiakkaasta oli tietoinen mahdollisuudesta valita terveysasema kunnan sisällä ja 60 % tiesi mahdollisuudesta valita terveysasema koko maassa. Varsinaisia terveysasemaa vaihtaneita oli kuitenkin pieni vähemmistö (8 %) asiakkaista. Sekä tietoisuus valinnan mahdollisuudesta että terveysaseman vaihtaminen vaihtelivat selvästi terveysasemittain (Kuvio 7). Osa terveysasemien välisestä vaihtelusta johtunee kuntien välisistä eroista esimerkiksi siinä, onko kunnan sisällä tehty muutoksia terveysasemien vastuualueissa esimerkiksi kuntaliitosten yhteydessä. Tällaisissa tilanteissa moni potilas voi vaihtaa takaisin vanhalle terveysasemalleen, säilyttääkseen hoitosuhteen jatkuvuuden.



Kuvio 7. Asiakkaiden tietoisuus terveysaseman valinnamahdollisuudesta ja terveysaseman vaihtaminen (%) terveysasemittain. Terveysasemat on esitetty satunnaisessa järjestyksessä x-akselilla (Terveyskeskusten asiakaskysely, yli 18-vuotiaat, n=8128)

Tulokset ovat samansuuntaisia kansainvälisten tutkimusten kanssa, jotka osoittavat, että vaikka valinnanmahdollisuutta terveydenhuollossa pidetään tärkeänä (Coulter & Jenkinson 2005, Glenngard ym. 2011), niin aktiivisesti valintaa hyödyntävien asiakkaiden lukumäärä on ollut suhteellisen pieni (Birk ym. 2011, Victoor ym. 2012, Myndigheten för vårdanalys 2013). Ruotsissa terveysaseman vaihtajia oli keskimäärin 24 % ja vaihtamista harkitsi 11 %, lisäksi vaihtaneiden määrä vaihteli maakunnittain (Myndigheten för vårdanalys 2013). Havainnot Ruotsista eivät kuitenkaan ole suoraan vertailukelpoisia sillä valinnanvapausjärjestelmä on Ruotsissa selvästi laajempi ja se on ollut voimassa pidempään.

Samana vuonna (2014) Terveyskeskusten asiakaskyselyn kanssa kerättyssä väestötutkimuksessa väestö tiesi kohtalaisen hyvin mahdollisuudesta valita, mutta terveysasemaa vaihtaneita oli vain noin 2,6 % koko väestöstä ja 4 % palveluja viimeksikuluneen vuoden aikana vähintään kerran käyttäneistä (Junnila & Hietapakka 2015). Vuonna 2015 kerättyssä väestöaineistossa, kun valinnan mahdollisuus koko maan alueella oli ollut voimassa vuoden, terveysaseman vaihtajia oli jo 6 % (Aalto ym. 2016b). Tässä terveyskeskusasiakkaisiin kohdistuvassa tutkimuksessa vaihtajien määrä oli jopa hieman suurempi, mikä johtunee siitä että aineisto kerättiin viikon aikana terveysasemilla, joilloin aineistoon kertyy suhteellisen paljon palveluja käyttäviä potilaita. Lisäksi tässä tutkimuksessa kysyttiin yksinkertaisesti terveysaseman vaihtamista, jolloin mukana on todennäköisesti aktiivisten valitsijoiden lisäksi olosuhteiden vuoksi (esim. asuinpaikan muuton) terveysasemaan vaihtaneita.

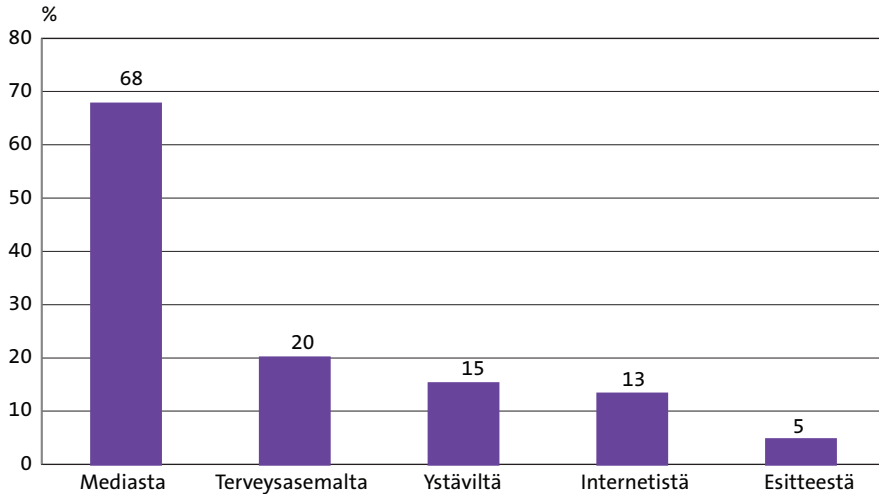
Tietoisuudessa valinnan mahdollisuudesta sekä terveysaseman vaihtamisesta oli myös väestöryhmittäisiä eroja. Valinnan mahdollisuudesta tiesivät useammin iäkkäämmät verrattuna nuorempiin ja pitkäaikaissairaat. Opisto- tai korkeakouluasteen suorittaneet olivat useammin tietoisia valinnanmahdollisuudesta kunnan sisällä, mutta tietoisuus valinnanmahdollisuudesta koko maan alueella oli vähäisin yliopistokoulutuksen sekä toisaalta ammattikoulututkinnon suorittaneiden joukossa. Terveysasemaa olivat vaihtaneet vertailuryhmää useammin alle 30-vuotiaat, miehet ja palveluita paljon käyttävät sekä pitkäaikaissairaat. (Liite 1, Liitetaulukko A2). Tulokset väestöryhmittäisistä eroista ovat jossain määrin saman suuntaisia kuin havainnot Ruotsissa, jossa valinnanmahdollisuudesta tiesivät useammin iäkkäämmät, naiset ja pidemmälle koulutetut (Lindström ym. 2014) kun taas nuoremmat olivat useammin vaihtaneet terveysasemaa (Myndigheten för vårdanalys 2013). Suomalaisessa väestötutkimuksessa terveysasemaa olivat vaihtaneet useammin toisaalta alle 30 vuotiaat ja toisaalta yli 65 vuotiaat verrattuna keski-ikäisiin (Aalto ym. 2016b).

Se, että ikääntyneet terveyskeskusasiakkaat tiesivät useammin vaihtamisen mahdollisuudesta vaikka vaihtoivat terveysasemaa harvemmin, voi osin selittyä sillä, että ikääntyneillä potilailla on useammin pitkäaikaisia sairauksia, joiden vuoksi vaihtaminen voidaan kokea hankalana. Ruotsissa todettiin, että huonon terveyden omaavat henkilöt ja pitkäaikaissairaat olivat tyytymättömiä terveysasemaansa, mutta kokivat vaihtamisen työlääksi (Lindström ym. 2014). Paljon palveluja käyttävät pitävät hoidon jatkuvuutta tärkeänä (Pandhi & Saultz 2006), mikä voi olla eräs syy miksi iäkkäämmät potilaat eivät ole käyttäneet valinnan mahdollisuutta samassa määrin kuin nuoremmat vastaajat. Nuorempien joukossa voi myös olla enemmän asuinpaikkaa muuttaneita, mikä voi osaltaan selittää nuoreten aktiivisempaa terveysaseman vaihtamista.

Tieto valinnavapaudesta saatu pääasiassa mediasta

Terveyskeskusten asiakaskyselyssä kysyttiin, mistä vastaajat olivat saaneet tietoa mahdollisuudesta valita terveysasema. Noin kaksi kolmesta oli saanut tietoa valinnan mahdollisuudesta mediasta, viidennes terveysasemalta tai hoitavalta lääkäril-

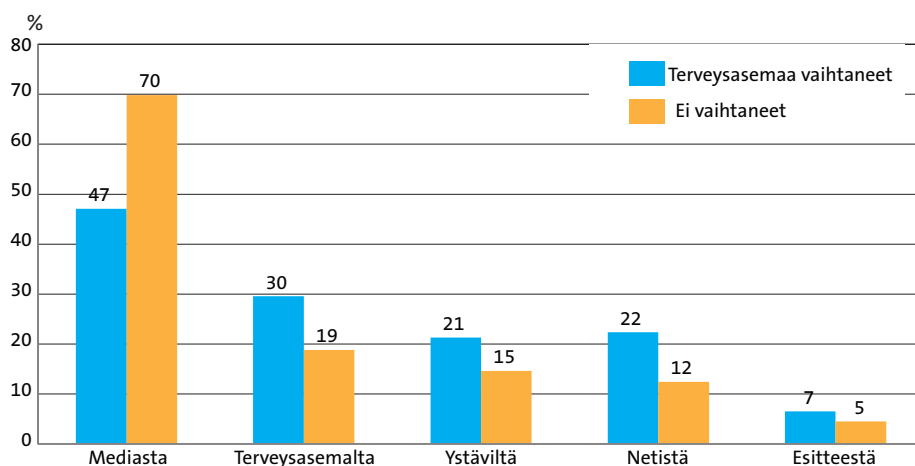
tä (Kuvio 8). Internetistä tietoa valinnamahdollisuudesta oli saanut vain hieman yli 10 % terveyskeskusten asiakkaista. VALINT-hankkeeseen osallistuneista kunnista aktiivisimmin tietoa oli jaettu terveysasemalta tai erillisellä esitteellä Lahdessa, jossa 25 % oli saanut tietoa terveysasemalta ja 12 % esitteestä.



Kuvio 8. Mistä terveyskeskusten käyttäjät ovat saaneet tietoa mahdollisuudesta vaihtaa terveysasemaa (Terveyskeskusten asiakaskysely, yli 18-vuotiaat, n=8128)

Nuoremmat vastaajat olivat saaneet iäkkäämpiä (yli 65 -vuotiaita) useammin tietoa valinnan mahdollisuudesta terveysasemalta tai lääkäriltä, ystäviltä ja netistä, kun taas yli 65 -vuotiaat olivat käyttäneet tietolähteenään useammin mediaa. Heikommin koulutetut olivat saaneet tietoa valinnanmahdollisuudesta useammin terveysasemalta ja lääkäriltä sekä ystäviltä, pidemmälle koulutetut olivat saaneet tietoa useammin internetistä ja mediasta. Pitkäaikaissairaat olivat saaneet useammin tietoa median kautta ja harvemmin internetissä verrattuna niihin, joilla ei ollut pitkäaikaissairautta. Vähän palveluja käyttävät (alle 4 kertaa vuodessa terveysasemalla asioivat) saivat useammin tietoa median kautta ja harvemmin ystäviltä ja tuttavilta. (Liite 1, Liitetaulukko A3) Tulokset tukevat aikaisempia tutkimustuloksia, joiden mukaan terveydenhuollon sähköisiä asiointipalveluja hyödyntävät erityisesti paljon palveluja käyttävät, nuoret ja hyvin koulutetut (Hyppönen ym. 2014).

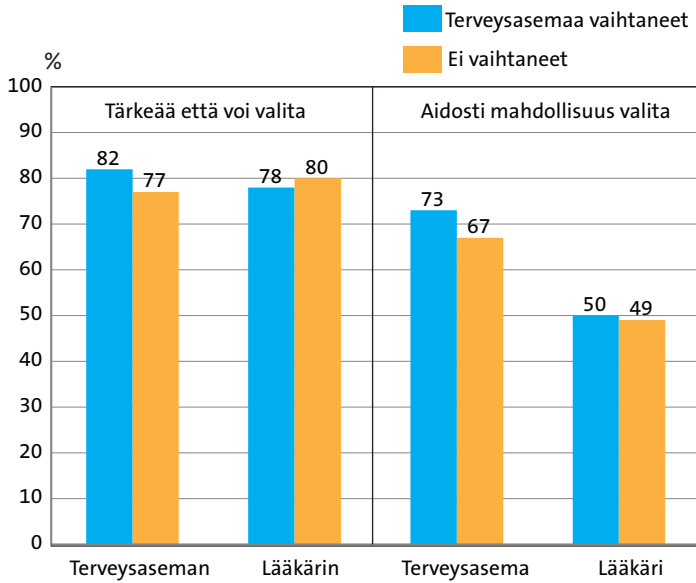
Terveysasemaa vaihtaneet olivat saaneet tietoa valinnan mahdollisuudesta terveysasemalta tai lääkäriltä, internetistä ja esitteestä useammin, mutta harvemmin median kautta (Kuvio 9). Tulos viittaa siihen, että terveysaseman vaihtajat ovat ainakin osin aktiivisia vaihtajia, jotka ovat etsineet aktiivisesti tietoa monenlaisista lähteistä.



Kuvio 9. Mistä saanut tietoa vaihtamisen mahdollisuudesta terveysaseman vaihtamisen mukaan. (Terveyskeskusten asiakaskysely, yli 18-vuotiaat, n=8128)

Asiakkaat arvostavat mahdollisuutta valita terveysasema – valintaperusteissa korostuvat aikojen saatavuus, hoidon laatu ja terveysaseman sijainti

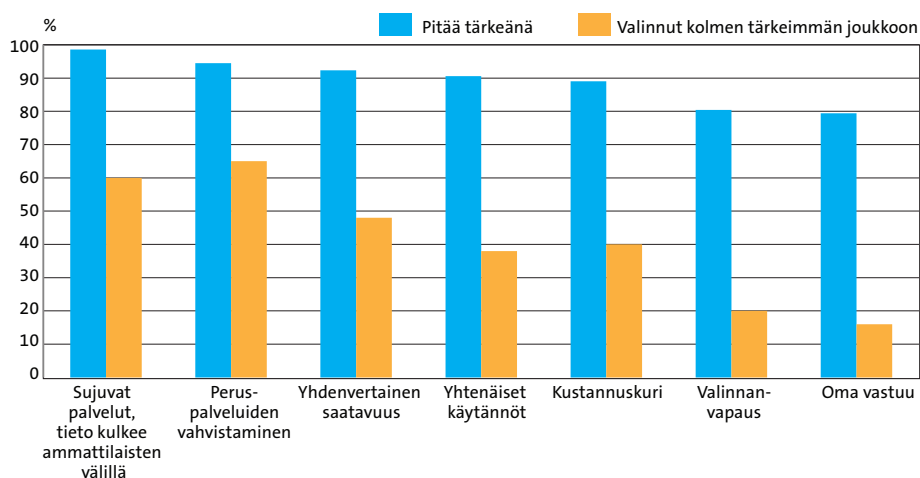
Valinnanvapauden laajentamista terveydenhuollossa on perusteltu arvona sinänsä sekä keinona tehostaa palvelujen laatua ja vaikuttavuutta. Vaikka aktiivisia valinnanmahdollisuudenkäyttäjiä ei ollut kovin paljon, kansainvälisissä tutkimuksissa potilaat arvostavat kuitenkin mahdollisuutta valita (Myndigheten för vårdanalys 2013). Tässä tutkimuksessa suurten kaupunkien terveyskeskusten asiakaista suurin osa piti tärkeänä mahdollisuutta valita terveysasema ja lääkäri. Terveysasemaa vaihtaneet arvostivat mahdollisuutta valita terveysasema enemmän ja he pitivät terveysaseman vaihtoa aidommin mahdollisena (Kuvio 10). Lääkärin valinnan tärkeys tai aito mahdollisuus ei eronnut terveysaseman vaihtamisen mukaan. Samansuuntaisia havaintoja on saatu väestökyselyissä, joissa erityisesti ammattihenkilön valintaa terveydenhuollossa on pidetty tärkeänä (Aalto ym. 2016b, Junnila ym. 2016a, Junnila ym. 2016b). Suomessa valinnanvapauden laajentamisella vanhusten palveluihin ja sekä yksityisten palveluntuottajien palveluiden sisällyttämisellä valinnanvapauden piiriin on kohtalaisen laaja kannatus (Aalto ym. 2016a).



Kuvio 10. Terveyskeskusasiakkaiden arviot siitä, kuinka tärkeää heille on mahdollisuus valita ja kuinka aidosti he voivat valita terveysaseman tai lääkärin. (Terveyskeskusten asiakaskysely, yli 18-vuotiaat, n=8128)

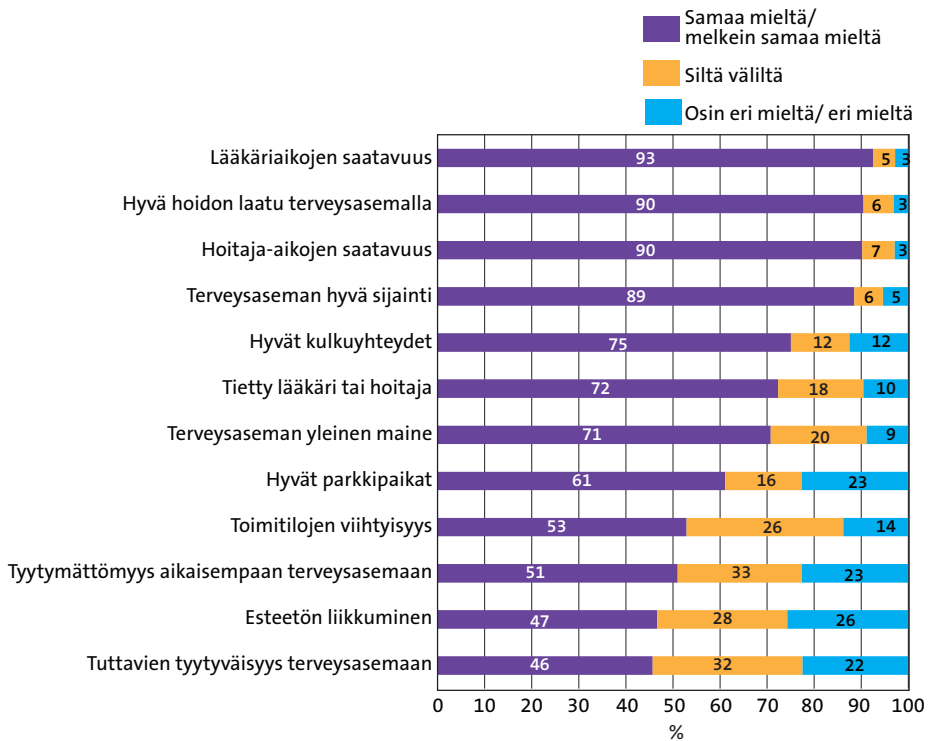
Terveyskeskusasiakkaiden joukossa valinnan mahdollisuuksia arvostivat erityisesti naiset, iäkkäät sekä heikoimmin koulutetut (Liite 1, Liitetaulukko A4). Tulokset voivat heijastaa sitä, että ikääntyneillä ja heikoimmin koulutetuilla voi olla vähemmän mahdollisuuksia valita oma hoitopaikkansa kun taas koulutetuilla ja työssäkäyvillä on mahdollisuus käyttää erilaisia palveluväyliä. Suomessa kunnallisen palvelujärjestelmän ulkopuolella tarjottavat yksityiset terveyspalvelut ovat omavastuuosuuksien ja yksityisten vakuutusten vuoksi paremmin maksukykyisten (Blomgren ym. 2015) ja työterveyshuollon vuoksi hyvässä työmarkkina-asemassa olevien käytettävissä (Oksanen ym. 2015).

Vaikka valinnanvapautta sinänsä arvostetaan laajasti, terveydenhuollon kehittämistarpeiden joukossa se ei nouse väestön näkemyksissä kärkitavoitteiden joukkoon. Väestötutkimuksessa pyydettiin vastaajia arvioimaan sosiaali- ja terveydenhuollon uudistuksen keskeisiä tavoitteita sekä valitsemaan niistä kolme tärkeintä tavoitetta (Kuvio 11). Vaikka kaikkia tavoitteita piti tärkeinä valtaosa vastaajista, kolmen tärkeimmän tavoitteen joukkoon valittiin useimmiten (vähintään 60 % vastaajista) peruspalveluiden vahvistaminen sekä sujuvat palvelut, joissa tieto kulkee ammattilaisten välillä. Valinnanvapauden mainitsi kolmen tärkeimmän tavoitteen joukossa vain joka viides vastaaja (Kuvio 11, Lähde:(Aalto ym. 2016a).



Kuvio 11. Väestön arviot sosiaali- ja terveydenhuollon uudistuksen tavoitteista. Tavoitetta tärkeänä pitävien ja tavoitteen kolmen tärkeimmän tavoitteen joukkoon valinneiden osuudet (%). Lähde: (Aalto ym. 2016a)

Tärkeimpinä valintaperusteina mahdollisessa terveysaseman valintatilanteessa terveyskeskusasiakkaat pitivät lääkäri- ja hoitaja-aikojen saatavuutta sekä hoidon laatua ja terveysaseman sijaintia. Näitä tekijöitä piti tärkeinä noin yhdeksän kymmenestä vastaajasta (Kuvio 12). Yli 70 % terveyskeskusasiakkaista piti tärkeänä hyviä kulkuyhteyksiä, tietyn lääkärin tai hoitajan vastaanotolle pääsyä sekä terveysaseman yleistä mainetta. Vähiten tärkeinä pidettiin toimitilojen esteettömyyttä ja ystävien tai tuttavien tyytyväisyyttä terveysasemaan, mutta näitäkin piti tärkeinä useampi kuin joka kolmannes terveyskeskusten asiakkaista. Samat seikat nousivat tärkeimpien valintaperusteiden joukkoon myös aktiivisen vaihtamispäätöksen tehneiden joukossa (Vehko ym. 2016b). Myös ruotsalaistutkimuksessa tärkein seikka terveysaseman vaihtoa harkittaessa oli terveysaseman maantieteellinen sijainti (Myndigheten för vårdanalys 2013).

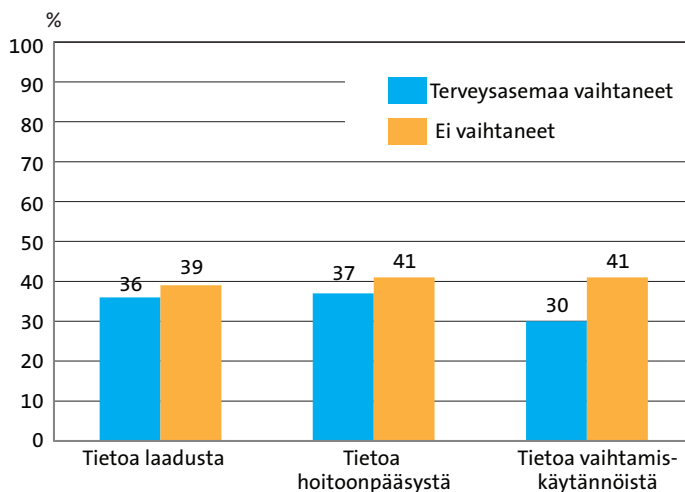


Kuvio 12. Terveyskeskusasiakkaiden näkemykset tärkeistä terveysaseman valintaperusteista (Terveyskeskusten asiakaskysely yli 18-vuotiaat, n=8128)

Tärkeiksi arvioituissa valintaperusteissa oli jonkin verran eroja vastaajien taustatekijöiden mukaan. Lääkäriaikojen saatavuus oli tärkeämpää korkeammin koulutetuille. Tietty lääkäri tai hoitaja oli tärkeä valintaperuste vanhemmille ja vähemmän koulutetuille vastaajille sekä pitkäaikaissairaille ja paljon palveluja käyttäneille. Vanhemmat ja vähemmän koulutetut arvostivat terveysaseman yleistä mainetta sekä parkkipaikkojen saatavuutta. Toimitilojen viihtyisyyttä arvostivat erityisesti vähemmän koulutetut. Tyytymättömyys aikaisempaan terveysasemaan taas oli tärkeämpi valintaperuste paljon palveluja käyttäville. Toimitilojen esteettömyyttä arvostivat enemmän ikääntyneet, vähemmän koulutetut sekä pitkäaikaissairaat. (Katso tarkemmin Liite 1, Liitetaulukko A5)

Jotta potilaat voisivat valinnoillaan ohjata palvelujen kehittämistä laadukkaammiksi ja heidän tarpeitaan vastaaviksi, tulisi heille olla helposti saatavilla vertailukelpoista tietoa toimipaikkojen vertailuun. Vain kolmannes terveyskeskusasiakkaita katsoi että heillä oli riittävästi valinnan kannalta olennaista tietoa terveysasemien hoidon laadusta tai hoitajajonoista (Kuvio 13). Erityisesti nuoremmat ja paremmin koulutetut suhtautuvat kriittisesti tiedon riittävyyteen (Liite 1, Liitetaulukko A6). Samansuuntaisia havaintoja on koko väestön keskuudesta (Aalto ym. 2016b). Suomessa terveydenhuollon laatutietojärjestelmät ovat toistaiseksi heikosti kehittyneet ja

erityisesti vertailukelpoisen tiedon saatavuus on huono (Erhola ym. 2013). Havaitut koulutuserot suhtautumisessa tiedon riittävyyteen voivat heijastaa erilaista tiedon tarvetta näissä ryhmissä. Paremmiin koulutettujen on todettu etsivän enemmän tietoa (Lindström ym. 2014) ja pystyvän helpommin ymmärtämään terveyttä koskevaa tietoa (Kickbusch 2001, van der Heide ym. 2013, Rademakers ym. 2014) mikä voi selittää kriittistä suhtautumista saatavilla olevaan tietoon. Valinnanvapauden laajentaminen ja kehittäminen edellyttää vahvaa panostusta helposti saatavan vertailutiedon kehittämiseen.



Kuvio 13. Terveyskeskusasiakkaiden arviot terveysaseman valinnan kannalta tärkeän tiedon riittävyydestä terveysaseman vaihtamisen mukaan. (Terveyskeskusten asiakaskysely yli 18-vuotiaat, n=8128)

Kokemuksissa terveysaseman vaihtamisesta ilmeni tiedonkulun katkoksia

Pitkäaikaissairaiden suuri osuus terveysaseman vaihtajissa tulisi ottaa huomioon suunniteltaessa terveysasemien palveluvalikoimaa ja kehitettäessä vaihtoon liittyviä korvauskäytänteitä palveluntuottajille, sillä terveysaseman vaihtaneissa oli enemmän pitkäaikaissairaita kuin terveysaseman käyttäjissä yleensä (70 % vrs 62 %) (Vehko ym. 2016b).

Suurin osa terveysasemaa vaihtaneista koki vaihtamisen olleen sujuvaa (keskiarvo 4,5 asteikolla 1-5, jossa 5 erinomaista), tosin joissakin avovastauksista ilmeni prosessissa olleen esteitä ja hidasteita ja terveysaseman vaihdon toteutumisen varmistus jäi joidenkin kohdalla roikkumaan. Terveysaseman vaihtoprosessin sujuvoittamiseksi asiakkaat toivoivat terveysaseman vaihtoilmoituksen toteuttamistavaksi sähköistä palvelua.

”Lähetin paperit, he kai hukkasivat, soitin perään ja siitä ehkä 2 kk kuluttua tapahtui vaihto, ehkä yhteensä vaihdossa kesti noin puoli vuotta.”

”Hidas prosessi erityisesti potilastietojen siirron osalta. Itse asiassa typerä, pitäisi mennä automaattisesti samalla ilmoituksella, tarvittaessa rasti ruutuun periaatteella. Hoitovastuunotto edellyttää luonnollisesti potilashistorian tuntemista.”

”Olisi kätevää, jos [terveysaseman vaihdon] pystyisi tekemään verkossa.”

Terveysaseman vaihdolla ihmiset pyrkivät parantamaan pääsyä terveysasemalle. Jotkut olivat tosin joutuneet pettymään odotuksissaan hoitoon pääsyn helpottumisessa.

”Vaihtamalla asemaa pääsen ainakin kerran vuodessa diabeteksen vuoksi lääkäriin. Pääsen lääkäriin viikon odotuksella, edellisellä paikkakunnalla 5 kk! Pääsen kunnalliseen hammashoittoon.”

”Ajattelin pääseväni helpommin hoitoon, esim. lääkärille. Sairaanakaan en saanut lääkäriaikaa, vain puhelinneuvontaa. Ei kannattanut vaihtaa asemaa.”

Vaihtoa perusteltiin joissakin vastauksissa yksityisyyden ylläpitämisellä ja joissakin vastauksissa omilla aikaisemmillä kokemuksilla terveysaseman yleisestä ilmapiiiristä asiakkaita kohtaan. Toisinaan terveysaseman vaihdon motivaationa oli hoitosuhteen jatkumisen takaaminen.

”On miellyttävämpää asioida pienemmässä terveyskeskuksessa, siellä saa ihmismäisemmän kohtelun.”

”Tosiasiallista terveysaseman vaihtoa ei tapahtunut, vaan muuton yhteydessä muodollisesti terveysasema olisi vaihtunut osoitteen perusteella.”

”Rintasyövän seurantatarkastukset 5v. olivat jo alkaneet kyseisellä terveysasemalla. Asuinalueeni muutettiin toiseen terveysasemaan. Halusin jatkaa tarkastuskontrolleita entisessä terveysasemassa.”

Hoitavan henkilön valitseminen terveysasemalla toteutui toisinaan.

”Kaikki sujui hyvin ja sain valita omalääkärin. Omahoitajaa ei pysty valitsemaan koska on lääkäri-hoitajapari.”

”Vastaanotossa ollut henkilö kertoi, että on vaikeaa vaihtaa lääkäriä samalla asemalla, siksi päädyimme terveyskeskuksen vaihtoon.”

Lopuksi

Väestön mielestä sosiaali- ja terveydenhuollon uudistuksessa on tärkeintä palvelujen toimivuus ja sujuvuus. Valinnanvapautta arvostetaan ja tärkeitä valintaperusteita ovat erityisesti vastaanottoaikojen saatavuus, hoidon hyvä laatu ja terveysaseman sijainti. Tietoa terveysaseman valintapäätöksen tueksi on vielä huonosti saatavilla. Asiakkaan terveysaseman valinnan kannalta olisi olennaista saada tietoa hoidon laadusta ja hoitoon pääsystä. Vertailutietoja asiakkaiden päätöksenteon tueksi tulisi kehittää ripeästi. Laadun osalta olisi pystyttävä vertailemaan myös hoidon tuloksia, ei vain asiakastytyväisyyttä, joka ei mittaa lääketieteellisesti hyvää hoitoa.

Terveysasemaa vaihtaneita on vielä vähän. Vaihtajat ovat huonokuntoisempia kuin keskimääräiset terveysaseman asiakkaat. Pitkäaikaissairaiden suuri osuus terveysaseman vaihtajissa tulisi ottaa huomioon suunniteltaessa terveysasemien palveluvalikoimaa ja kehitettäessä vaihtoon liittyviä korvauskäytänteitä palveluntuottajille. Terveysaseman vaihtamista pidettiin sujuvana, mutta osin raportoitiin tiedonkulun katkoksia. Pitkäaikaissairaiden hoitoon liittyvässä yhteistyössä on kehittämisen varaa niin terveysaseman ja sairaalan kuin myös terveysaseman ja sosiaalipalvelujen välillä.

LÄHTEET

- Aalto A-M, Junnila M, Muuri A, Sinervo T, Vehko T, Pekurinen M. 2016a. Väestön mielipiteitä sosiaali- ja terveydenhuollon valinnanvapaudesta. Tutkimuksesta tiiviisti 20. Terveiden ja hyvinvoinnin laitos, Helsinki. www.julkari.fi
- Aalto A, Manderbacka K, Muuri A, Karvonen S, Junnila M & Pekurinen M. 2016b. Mitä väestö ajattelee sosiaali- ja terveyspalveluiden uudistamisesta?. *THL: Tutkimuksesta tiiviisti* (4). www.julkari.fi
- Birk HO, Gut R & Henriksen LO. 2011. Patients' experience of choosing an outpatient clinic in one county in Denmark: results of a patient survey. *BMC Health Services Research* 11 (1), 1-10.
- Blomgren J, Aaltonen K, Tervola J & Virta L. 2015. Kelan sairaanhoitokorvaukset tuloryhmittäin. Kenelle korvauksia maksetaan ja kuinka paljon? Sosiaali- ja terveysturvan selosteita (93). <https://helda.helsinki.fi>
- Coulter A & Jenkinson C. 2005. European patients' views on the responsiveness of health systems and healthcare providers. *European Journal of Public Health* 15 (4), 355-360.
- Erhola M, Jonsson PM, Pekurinen M & Teperi J. 2013. *Jonottamatta hoitoon: THL:n aloite perusterveydenhuollon vahvistamiseksi: Luonnos 3.10.2013 [In English: The National Institute for Health and Welfare's initiative to strengthen primary health care: Draft 3.10.2013]*. Terveiden ja hyvinvoinnin laitos, Helsinki. www.julkari.fi
- Eurostat. 2013. EU-Silc survey. 2016 (6/27). <http://ec.europa.eu/eurostat/data/database>
- FINLEX. 2010. Terveidenhuoltolaki. <http://www.finlex.fi/>
- Glenngard AH, Anell A & Beckman A. 2011. Choice of primary care provider: results from a population survey in three Swedish counties. *Health Policy (Amsterdam, Netherlands)* 103 (1), 31-37.
- Hyppönen H, Hyry J, Valta K & Ahlgren S. 2014. Sosiaali- ja terveydenhuollon sähköinen asiointi - Kansalaisten kokemukset ja tarpeet. Terveiden ja hyvinvoinnin laitos, Raportti 33, 1-110. www.julkari.fi
- Junnila M & Hietapakka L. 2015. Hoitopaikan valitseminen julkisessa terveydenhuollossa on ollut mahdollista valtakunnallisesti vuoden 2014 alusta. 28.8.2015 Tesso. www.julkari.fi

- Junnila M, Hietapakka L & Whellams A. (toim.) 2016a. *Hallintoalmaisesta aktiiviseksi valitsijaksi: Valinnanvapauden muotoutuminen sote-palveluissa [Summary in English: Empowering customer choice in the Finnish public health and social care system]*. National Institute for Health and Welfare (THL). www.julkari.fi
- Junnila M, Sinervo T, Aalto A, Jonsson PM, Hietapakka L, Keskimäki I, Pekurinen M, Seppälä TT, Tynkkynen L & Whellams A. 2016b. Valinnanvapaus sosiaali- ja terveydenhuollossa - kriittiset askeleet toteuttamisessa. 2. www.julkari.fi
- Kickbusch IS. 2001. Health literacy: addressing the health and education divide. *Health Promotion International* 16 (3), 289-297.
- Knape N, Mölläri K, Järvelin J, Partanen A, Widström E, Sainio S, Sinervo T, Aalto A & Vehko T. 2016. Perusterveydenhuollon palvelut. *Peruspalvelujen tila -raportti 2016, osa II Kuntatalouden ja -hallinnon neuvottelukunta*. Valtioneuvoston kanslia. Helsinki. 118-136.
- Lindström E, Tengvald K, Fernval E, Nilbert M, Andersson C & Nylén K. 2014. Vem vill veta vad för att välja? - Om vilken information olika grupper av personer vill ha för att välja vårdcentral. *Stocholm, Raport 2014:1*. 1, 1-84.
- Myndigheten för vårdanalys. 2013. Vad vill patienten veta för att välja? 4, 1-164.
- OECD. 2016. OECD Economic Surveys: Finland 2016. 1-104. DOI: 10.1787/eco_surveys-fin-2016-en
- Oksanen K, Riitta S, Koskinen A, Aalto A & Räsänen K. 2015. Työikäisten arviot avohoidon lääkärisssäkäynneistä. *Suomen Lääkärilehti* 2015 42: 2777-2784.
- Pandhi N & Saulz JW. 2006. Patients' perceptions of interpersonal continuity of care. *Journal of the American Board of Family Medicine: JABFM* 19 (4), 390-397.
- Papp R, Borbas I, Dobos E, Bredehorst M, Jaruseviciene L, Vehko T & Balogh S. 2014. Perceptions of quality in primary health care: perspectives of patients and professionals based on focus group discussions. *BMC Family Practice* 15, 128-2296-15-128.
- Rademakers J, Nijman J, Brabers AE, de Jong JD & Hendriks M. 2014. The relative effect of health literacy and patient activation on provider choice in the Netherlands. *Health Policy (Amsterdam, Netherlands)* 114 (2-3), 200-206.
- Tuorila H. 2016. *Potilaan valinnanvapaus julkisessa terveydenhuollossa. Osa 2: Valinnanvapautta tukeva tiedottaminen julkisissa terveydenhuoltopalveluissa*. Kilpailu- ja kuluttajavirasto. www.kkv.fi
- van der Heide I, Wang J, Droomers M, Spreeuwenberg P, Rademakers J & Uiters E. 2013. The relationship between health, education, and health literacy: results from the Dutch Adult Literacy and Life Skills Survey. *Journal of Health Communication* 18 Suppl 1, 172-184.
- Vehko T, Aalto A-M, Sainio S. 2016a. Potilaiden tyytyväisyys terveysasemien palveluihin. *Suomen lääkäri-lehti* 71 (38), 2348-2356.
- Vehko T, Aalto A-M & Timo S. 2016b. Terveysaseman vaihtajat usein pitkäaikaissairaita ja kriittisiä palvelujen käyttäjiä. *Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, Tutkimuksesta tiiviisti* (6). www.julkari.fi
- Victoor A, Delnoij DMJ, Friele RD & Rademakers JJJJM. 2012. Determinants of patient choice of healthcare providers: a scoping review. *BMC Health Services Research* 12 (1), 1-16.

JOHTOPÄÄTÖKSET

Timo Sinervo, Liina-Kaisa Tynkkynen, Tuulikki Vehko

Hankkeessa tutkittiin valinnanvapauden ja hoidon integraation toteuttamista terveyskeskusten avosairaanhoidon vastaanotto toiminnassa, asiakkaiden, tilaajan ja tuottajan, henkilöstön sekä kansainvälisestä näkökulmasta. Hankkeen tiedonkeruut ajoittuvat syksylle 2014 ja keväälle 2015. Tässä luvussa käymme läpi hankkeen keskeisimmät johtopäätökset.

Asiakkaat pitävät valinnanvapautta tärkeänä, mutta palveluiden toimivuutta tärkeämpänä

Hankkeessa havaittiin, että asiakkaat pitävät hoitopaikan valintaa ja erityisesti hoitavan ammattilaisen valintaa pidetään tärkeänä. Toisaalta, kun väestöä pyydettiin nimeämään kolme tärkeintä tekijää terveydenhuollon kehittämiseksi, tärkeämpää asiakkaille on kuitenkin palveluiden sujuvuus, peruspalveluiden vahvistaminen, yhdenvertainen saatavuus, yhtenäiset käytännöt ja kustannuskuri.

Tähän asti terveysaseman vaihtaminen on ollut melko vähäistä, noin 8 % terveysaseman asiakkaista on vaihtanut terveysasemaa. Tutkimuskuntien välillä oli vaihtamisen suhteen merkittäviä eroja (6-14 %) ja esimerkiksi tehdyt muutokset palveluiden aluejaossa vaikuttivat vaihtamiseen. Väestöön suhteutettuna vaihtajien määrä on huomattavasti pienempi. Suomalaiset terveysasemien asiakkaat ovat moneen muuhun maahan verrattuna valikoitunut joukko ihmisiä, sillä Suomessa työikäinen, työssäkäyvä väestö käyttää suurelta osin työterveyshuollon palveluita. Siksi terveysasemien asiakkaista merkittävä osa on iäkkäitä, pitkäaikaissairaita, jotka käyttävät useita eri palveluita. Tämän vuoksi aineistossa saattaa korostua se, että ihmiset haluavat saada palvelunsa läheltä tai hyvien kulkuyhteyksien päästä. Toinen syy vähäiseen vaihtaneiden määrään voi olla se, että kuntien tekemien palveluiden sijaintiin ja palveluvalikoimaan liittyvien päätösten seurauksena asiakkaalle ei synny todellista valinnanvaraa. Jos asiakas haluaa vaihtaa terveysasemaa, hänen on usein valittava huomattavasti kauempana sijaitseva terveysasema. Terveysasemien palveluvalikoimat eivät myöskään ole yhteneväisiä ja siksi terveysaseman vaihtaminen voi tarkoittaa asiakkaalle isoja muutoksia palveluiden saamisessa.

Palveluiden sijainti on asiakkaille tärkeintä, laatu ja saatavuus samoin

Terveyskeskusten asiakkaat ja terveyskeskusta vaihtaneet pitivät palveluiden sijaintia keskeisimpänä tekijänä terveysaseman vaihtamisen syynä. Lisäksi hoidon laatua, lääkäri- ja hoitaja-aikojen saatavuutta sekä hyviä kulkuyhteyksiä ja terveysaseman hyvää mainetta pidettiin lähes yhtä tärkeinä tekijöinä. Näyttää siis siltä, että asiakkaat ovat valmiita vaihtamaan terveysasemaa silloin, kun ovat erityisen tyytymättömiä palvelun laatuun tai saatavuuteen, mutta he eivät ole valmiita siirtymään kovin kauas kotoaan. Yksityiset palveluntuottajat ovat pystyneet saamaan itselleen hyvän maineen ja yksityisille palveluntuottajille vaihdettiinkin useammin. Verrattaessa asiakkaiden tyytyväisyyttä palveluun ei yksityisten ja julkisten terveysasemien välillä kuitenkaan ollut eroa.

Suomalaisten terveyskeskusten asiakaskunta poikkeaa muista maista

Suomalaiset terveysasemien asiakkaat poikkeavat esimerkiksi Ruotsin ja Englannin asiakkaista, sillä työikäinen ja työssäkäyvä väestö käyttää suurelta osin työterveyshuollon palveluita. Terveysaseman vaihtajat olivat tutkimuskunnissa keskimääräisiä asiakkaita huonokuntoisempia. Näyttääkin siltä, että ne jotka palveluita eniten tarvitsevat, myös vaihtavat terveysasemaa useammin ja kokevat sen tärkeämmäksi. Toisaalta ikääntyneempi väestö koki saavansa vaihtamisen mahdollisuudesta ja käytännöistä sekä palveluiden laadusta heikommin tietoa ja he kokivat harvemmin, että vaihtaminen oli käytännössä heille mahdollista. Huonokuntoisemmat asiakkaat kokevat luultavasti, että vaihtaminen ei ole käytännössä mahdollista mikäli lähietäisyydellä ei ole vaihtoehtoja terveysasemaa.

Työterveyshuollon olemassaolo, sekä se, että vaihtajat ovat keskimääräistä sairampia, vaikuttaa merkittävästi tuottajille maksettaviin korvauksiin. Jos asukkaista palveluita käyttää esimerkiksi vain puolet (toinen puoli käyttää työterveyshuoltoa tai ei mitään palvelua) ja vaihtajat ovat niitä, jotka todellisuudessa myös käyttävät terveysaseman palveluja, ei väestöpohjainen korvaus kata palveluntuottajien kuluja vaihtajien osalta. Korvausperusteiden tulisi olla sellaisia, jotka kannustavat terveysasemia uusien asiakkaiden ottamiseen.

Tietoa valinnan pohjaksi on saatava lisää

Tutkimuksemme mukaan vertailutietoa palveluiden laadusta tai saatavuudesta ei ole tarjolla riittävästi. Monet kunnat ovat kuitenkin ryhtyneet julkaisemaan eri tavoin mitattuja asiakastyytyväisyys- ja jonotietoja. Eräillä terveysasemilla oli myös alet-

tu kerätä tietoa esimerkiksi diabeteksen hoitotuloksista. Kaiken kaikkiaan saatavilla oleva tieto on kuitenkin monin paikoin tulkinnanvaraista eikä kerro ajantasaista tietoa terveysaseman jonotilanteesta. Toinen ongelma tiedon hyödyntämisessä terveysasemaa valittaessa on se, että asiakaskunta on iäkästä, mutta kaikki vertailutieto on verkossa. Jotta valinnanvapaus voi toimia paremmin, on vertailutietoa terveysasemien toiminnasta saatava selkeästi paremmin. Vertailutietoa tulisi tuottaa kansallisesti sovituin ja kattavien laatuindikaattorien avulla.

Valinnanvapaus näkyy vähän kuntien strategioissa

Terveysasemien toiminnan kehittämisessä painottui jonojen vähentäminen, lääkäripula sekä pitkäaikaissairaiden hoidon kehittäminen. Nykymuotoinen valinnanvapaus nähtiin ennemmin Terveydenhuoltolain myötä järjestelmään tulleenä ilmiönä, johon sopeuduttiin. Toisaalta, haastatteluista nousi esille ajatuksia myös Terveydenhuoltolakia pidemmälle viedystä ja joustavammasta valinnanvapausmallista. Myöskään terveysasemien ulkoistamispäätöksiä tehtäessä valinnanvapaus ei ollut olennainen tekijä. Ulkoistamisilla pyrittiin ennen kaikkea hoidon saatavuuden parantamiseen ja oman toiminnan kehittämiseen käyttämällä yksityisiä palveluntuottajia vertailukohtina kunnan omalle tuotannolle. Yksityisiltä palveluntuottajilta pyrittiin oppimaan uusia toimintatapoja ja uskottiin, että ulkoistaminen kannustaa myös kunnan terveysasemia oman toimintansa kehittämiseen. Yksityisistä palveluntuottajista puhuttiin ”sparraajina”.

Kahdessa kunnassa korvausperusteet yksityisille terveysasemille perustuivat pääsääntöisesti kapitaatiohintaan, jonka vuoksi yksityiset palveluntuottajat totesivat, että normaalilla väestöpohjaisella hinnalla asiakkaiden hankinta ei ole kannattavaa. Kuten edellä todettiin, olivat terveysaseman vaihtajat keskimääräisiä asiakkaita sairampia, mikä teki korvausperusteiden suunnittelun haastavaksi. Kun näissä kunnissa jopa yli puolet asiakkaista ei käyttänyt palveluita, oli normaali väestöpohjainen liian pieni, ja hinnoittelua muutettiin noin kaksinkertaiseksi.

Mitä valitaan – terveyskeskukset keskellä muutosta

Kehitettäessä valinnanvapautta on määriteltävä, minkä palvelutuotteen asiakkaat voivat terveyskeskuksesta – tai hyvinvointikeskuksesta – saada. Suomalaiset terveyskeskukset ovat voimakkaassa muutoksessa. Muutoksia on meneillään niin laajemmalla tasolla terveysasemaverkon organisoinnissa kuin mikrotasolla työn organisoinnissakin. Yhtenä kehityssuuntana on laajojen terveys- ja hyvinvointiasemien muodostaminen. Suuret kaupungit ovat perinteisestikin sijoittaneet joillekin ter-

veysasemille mm. fysioterapeutteja, psykiatrisia sairaanhoitajia tai erikoislääkäreitä sekä keskittäneet erityistoimintoja jollekin terveysasemalle. Tämä kehityssuunta näyttää voimistuvan niin, että myös sosiaalityö, päihdehuolto tai ikäihmisten palveluita sijoitetaan samoihin tiloihin. Tampereella toimitaan tällä periaatteella ja uudelle Tipotien terveysasemalle on keskitetty laaja joukko muita terveyspalveluita ja sosiaalipalveluita. Espoossa kullakin suuralueella yhdellä terveysasemalla on laajempi palvelutarjonta, muilla terveysasemilla kapeampi. Ulkoistetut terveysasemat ovat pääsääntöisesti kapean palvelutarjonnan terveysasemia, pois lukien kokonaisulkoistetut terveyskeskukset.

Hankkeessa mukana olleet terveysasemat poikkesivat toisistaan siinä määrin, että asiakkaan valinnanvapauden kannalta sillä on merkitystä. Asiakkaan valinnanvapauden näkökulmasta terveysasemien palvelutarjonnan vaihtelu voi olla ongelma, jos samaa palvelutarjontaa ei ole lähellä tarjolla. Tällä hetkellä näyttääkin siltä, että terveysaseman vaihtaminen tarkoittaa usein pidempää matkaa terveysasemalle tai sitä, että useita eri palveluita tarvitsevat asiakkaat joutuvat hakemaan palvelunsa useista eri toimipisteistä. Paljon palveluita tarvitsevien asiakkaiden erityistarpeet tulisikin huomioida palveluverkkoa ja valinnanvapausmalleja suunniteltaessa.

Integraatio – sujuva palveluketju

Hankkeessa mukana olleissa organisaatioissa yksi kehittämisen keskeinen painopistealue liittyi pitkäaikaissairaiden hoitoon ja hoidon integraatioon. Haastatteluiden perusteella integraatio merkitsi useimmiten eri ammattilaisten yhteistyötä asiakkaan hoidossa terveysaseman sisällä tai terveysaseman ja muiden sosiaali- ja terveyspalveluiden välillä (esim. päihdehuolto). Yhteistyö vaihteli sen mukaan, mitä ammattilaisia terveysasemalla työskenteli. Yleisimmin yhteistyötahoiksi määriteltiin mielenterveyspalvelut, päihdepalvelut, fysioterapia sekä erikoislääkärit. Osa terveysasemista koostui vain lääkäreistä ja sairaan- /terveydenhoitajista. Tällöin ongelmaksi koettiin, että eri tahot olivat etäällä omasta organisaatiosta ja yhteistyö toteutui lähinnä läheteiden avulla. Erityisesti päihdehuolto hahmottui epäselväksi kokonaisuudeksi ja terveysasemien ammattilaiset mainitsivat, että oli usein hankala tietää, kehen otetaan yhteyttä, kun asiakkaan tarve niin vaatii. Silloin, kun eri alojen ammattilaiset työskentelivät samoissa tiloissa tai samassa organisaatioissa, oli mahdollista joustavoittaa asiakkaan palvelua esimerkiksi ohjaamalla asiakas puhelimesa oikealle ammattilaiselle (esim. fysioterapia). Samoin työntekijöiden mahdollisuus konsultoida toista ammattilaista (kuten mielenterveyspalveluita tai erikoislääkäreitä) koettiin helpommaksi. Samoissa tiloissa tai organisaatiossa toimiminen ei kuitenkaan automaattisesti joustavoittanut yhteistyötä vaan sen tueksi tarvittiin selkeitä toimintakäytäntöjä ja moniammatillisuuden johtamista.

Integraation ja valinnanvapauden suhde on ongelmallinen

Pitkäaikaissairaiden ja paljon palveluita käyttävien tunnistaminen sekä erilaisten hoidon prosessien luominen oli tutkimuskunnissamme yleinen trendi. Tämä asiakassegmentoinniksi kutsuttu toimintatapa oli viety pisimmälle Lahden ja Hämeenlinnan malleissa, joissa pitkäaikaissairaat ja paljon palveluita käyttävät hoidettiin erityisesti tähän tarkoitukseen kasatun työryhmän toimesta tai tietyllä terveysasemalla. Näissä malleissa asiakkaalle oli tarjolla varsin laaja joukko erilaisia palveluja, mikä mahdollisti joustavan palveluketjun, eikä eri ammattilaisten palveluihin välttämättä tarvittu erillistä lähetettä. Mikäli puhelinpäivystys oli toteutettu terveysaseman sisällä, voitiin asiakas ohjata esimerkiksi fysioterapeutille suoraan, ilman lähetettä.

Asiakkaalle oli mahdollista muodostaa kokonainen hoitotiimi, jossa yksi työntekijä toimii asiakkaan hoitoprosessin vastuuhenkilönä ja huolehtii hoitoprosessin etenemisestä. Asiakkaan hoito oli mahdollista toteuttaa tehokkaammin niin työntekijöiden kuin asiakkaidenkin näkökulmasta, silloin kun toimintakäytänteet tukivat integroitua työskentelyä. Hoidon varsinaisia tuloksia ei ollut hankkeen aikana mahdollista selvittää, mutta työntekijöiden kokemuksen mukaan asiakkaan tarpeisiin pystyttiin vastaamaan paremmin integroidussa mallissa. On kuitenkin todettava, että yksityisillä terveysasemilla (ainakin kahdessa tapauksessa), joilla ei ollut muita työntekijöitä kuin lääkäri ja sairaanhoitaja (tai terveydenhoitaja), hoito pystyttiin organisoimaan tehokkaasti ja lyhentämään hoitojonoja merkittävästi. Samaan aikaan näillä terveysasemilla koettiin, että asemille tarvittaisiin psykiatrinen sairaanhoitaja ja päihdehuollon työntekijä tai sosiaalityöntekijä.

Erityisesti Hämeenlinnan ja Lahden mallissa yhteentörmäystä valinnanvapauden periaatteiden kanssa oli hankala välttää. Molemmissa kaupungeissa laaja palveluvalikoima pitkäaikais- tai monisairaille oli saatavilla vain yhdeltä terveysasemalta. Lahdessa pitkäaikaissairas/monisairas asiakas ei käytännössä edes voinut vaihtaa toiselle terveysasemalle, sillä heidän hoitonsa oli hallinnollisesti keskitetty vain yhdelle terveysasemalle (myöhemmin parannettu mahdollisuutta vaihtaa terveysasemaa). Hämeenlinnassa vaihto oli kyllä mahdollista, mutta vastaavaa palvelua ei ollut mahdollista saada.

Palveluiden toiminnallinen integraatio ja valinnanvapaus näyttävät olevan ristiriidassa keskenään. Mikäli halutaan optimoida palveluprosessi mahdollisimman sujuvaksi, on käytännöllistä, että eri palvelut ovat samassa organisaatiossa tai ainakin lähellä toisiaan. Tämä organisointimalli kuitenkin tarkoittaa, että lähietäisyydellä ei voi olla useampia samanlaista palvelua tuottavia terveysasemia, joten asiakkaan valinnanmahdollisuudet ovat vähäiset. Samoin, asiakas tulee sidotuksi kaikkien palveluprosessin osien suhteen yhteen palveluntuottajaan. Jatkossa, mikäli terveysasemien sijaintia ei säädellä ja palveluntuottajat voivat perustaa terveysasemia minne haluavat, voi palveluketjun suunnittelu olla hankalaa.

Pitkäaikaissairaiden hoitomalleja oli kehitetty muutoinkin kuin organisatorisesti eriyttämällä. Useimmilla terveysasemilla oli luotu erillisiä hoitopolkuja pitkäaikaissairaille. Toiseksi joillakin terveysasemilla tehtäviä oli jaettu eri työntekijöiden välillä, esimerkiksi niin että osa hoitajista keskittyy pitkäaikaissairaiden hoitoon. Käytännössä useilla terveysasemilla oli ongelmana, että hoitojonot olivat niin pitkät, että pitkäaikaissairaiden hoitomalleja ei pystytty käytännössä toteuttamaan. Toinen ongelma erityisesti pienemmillä terveysasemilla oli, että henkilöstö koostuu vain lääkäreistä ja sairaanhoitajista, jotka kokivat, että he eivät riittävästi pysty palvelemaan mielenterveyden ongelmissa tai päihdeongelmissa. Terveysasemille kaivattiinkin psykiatrisia sairaanhoitajia ja päihdepalveluiden ammattilaisia, fysioterapeutteja sekä sosiaalityöntekijöitä. Työntekijät kokivat, että näitä palveluita tarvitsevia asiakkaita ei aina pystytä terveysasemalla palvelemaan riittävän hyvin, kun yhteistyö terveysaseman ulkopuolisten toimijoiden kanssa oli monesti hankalaa.

Palveluprosessien kehittäminen

Palveluiden kehittämisen keskeinen tavoite on ollut pitkäaikaissairaiden hoidon kehittämisen lisäksi saatavuuden parantaminen, missä päiväaikaisen päivystyksen organisointi on ollut keskiössä. Yhteinen kehityssuunta useimmille terveysasemille oli hoitajien korostunut rooli. Työnjako on kehittynyt siihen suuntaan, että hoitajien rooli vastaanottotoiminnassa on korostunut merkittävästi. Organisoitumallit vaihtelivat terveysasemittain. Useimmiten toimittiin tiimimallilla, joka tosin oli määritelty hyvin vaihtelevasti ja yhdessä kaupungissa lääkäri-hoitaja –työparimallilla. Nykytilanteen valossa näyttää siltä, että käsitys terveystieteiden avosairaanhoidosta lääkärin vastaanottotoimintana on harhaanjohtavaa. Varsin usein asiakas tapaa sairaanhoitajan tai terveydenhoitajan, joka ratkaisee itsenäisesti tai lääkäriä konsultoiden asiakkaan asian. Myös hoitajien rajattu lääkkeenmääräämisoikeus ohjaa tähän suuntaan.

Yhdellä terveysasemalla akuuttivastaanotolle tulijoista 80 % tuli aiemmin lääkärin vastaanotolle ja hoitojonot olivat pitkät ja koettiin hallitsemattomiksi. Muutosten jälkeen vain 20 % potilaista kävi lääkärin vastaanotolla. Hoitajat pystyivät ratkaisemaan 80 % asiakkaiden asioista. Useissa haastatteluissa pohdittiin jo sitä, onko hoitajien työ muuttunut liian vaativaksi ja raskaaksi. Hoitajien roolin vahvistumista auttavat järjestelyt, joissa hoitajien tukena on ”konsulttilääkäri”, jolla ei ole omia vastaanottoaikoja. Hoitajat tai puhelinpäivystys voivat konsultoida lääkäriä suoraan, häiritsemättä lääkärin vastaanottoa, mikä koettiin tärkeäksi.

Eri mallit vaihtelivat sen suhteen, oliko asiakkaalla omalääkäriä tai –hoitajaa. Pääsääntö näytti olevan, että mikäli satunnaisasiakkaat ja pitkäaikaissairaat oli tunnistettu ja eroteltu omiksi asiakasryhmikseen satunnaisasiakkaille ei ollut määritelty omatyöntekijää. Sen sijaan pitkäaikaissairaille oli usein määritelty omalääkäri tai entistä useammin omahoitaja, johon asiakas saattoi ottaa myös suoraan yhteyden pu-

helimitse tai sähköpostilla. Pitkäaikaissairaiden hoidossa pidettiin muutenkin tärkeänä, että asiakas saa helposti yhteyden hoitohenkilöstöön – ei vain ajanvaraukseen.

Henkilöstönäkökulma

Terveysaseman vaihtaminen on tähän mennessä ollut niin vähäistä, että sillä ei pääsääntöisesti ole ollut merkitystä terveysasemien resursointiin. Työntekijät suhtautuivat varovaisen myönteisesti valinnanvapauteen. Valinnanvapauden oletettiin tulevaisuudessa olevan arkipäivää ja asiakkaiden halukkaita ja kykeneviä valintojen tekemiseen, mutta osalle asiakkaita sähköisten välineiden käyttö (ajanvaraus, laadun vertailu) on haastavaa terveydellisten, kielellisten tai sosiaalisten seikkojen vuoksi. Myös vaihtamisen mahdollisuuksien nähtiin vaihtelevan selvästi. Henkilöstön näkökulma oli, että kaikille asiakkaille lähiterveysaseman vaihtaminen ei ole matkakustannusten, huonojen joukkoliikenneyhteyksien tai auton puutteen vuoksi mahdollista. Samoin henkilöstöllä on usein huoli siitä, pystyvätkö asiakkaat hakeutumaan itsenäisesti jatkohoitoon. Valinnanvapauden yhteydessä henkilöstöllä oli huoli hoidon jatkuvuudesta, toisaalta sen suhteen että hoitosuhde tiettyyn ammattilaiseen säilyy ja toisaalta hoidon jatkuvuudesta eri ammattilaisten välillä.

Vaikka valinnanvapaus ei ole suoraan vaikuttanut henkilöstön työhön, on terveysasemien ulkoistamisella ollut merkitystä paitsi ulkoistettujen terveysasemien henkilöstöön, myös heijastevaikutuksia kunnallisiin terveysasemiin. Erityisesti niissä kunnissa, joissa ulkoistettu terveysasema on pystynyt tuottamaan laadukasta palvelua ja uudistamaan työtapoja niin, että hoitojonot ovat vähentyneet tai poistuneet, myös muilla terveysasemilla työtapoja on arvioitu uudelleen ja kehitetty. Henkilöstö on kokenut painetta toiminnan tehostamiseen, mutta pitänyt kehitystä kuitenkin myönteisenä. Vaihtamista pidettiin viitteenä siitä, onko terveysaseman toiminta laadukasta vai eikö. Oman terveysaseman toimintaa verrattiin muihin.

Uudet hoitomallit ovat vaikuttaneet valinnanvapautta laajemmin henkilöstön työhön. Pääsääntöisesti henkilöstön kokemukset hoitajien roolin vahvistumisesta ovat olleet myönteisiä ja työntekijät kokevat työn mielekkäämmäksi ja he pääsevät käyttämään osaamistaan. Osin tähän on vaikuttanut se, että jatkuvat, pitkät jonot ovat lyhentyneet. Tämä on vaikuttanut myös siihen, että työtä on helpompi suunnitella ja niin lääkärit kuin hoitajatkin pystyvät keskittymään työhön jossa ammatitaitoa pääsee käyttämään parhaiten. Toisaalta esitettiin huolta siitä, onko hoitajien päätöksenteko liian vaativaa ja onko työ muuttunut liian kuormittavaksi. Tärkeänä tekijänä on pidetty sitä, että hoitajien tukena on lääkäri, jonka konsultointi on helppoa, eikä hoitajan tarvitse keskeyttää vastaanottotilannetta. Lääkäriin muuttuva rooli herätti etenkin lääkärin keskuudessa myös pohdintoja, siitä kuka on vastuussa potilaan hoidosta. Käytännössä vastuu on edelleenkin lääkärillä vaikka uudet toimintamallit ovat siirtäneet käytännön hoitotoimia enenevästi hoitajille.

Työntekijöiden työhön vaikutti voimakkaasti myös, miten hoidon integraatio toteutuu. Pienillä terveysasemilla todettiin ongelmaksi psykiatristen sairaanhoitaji-

en, fysioterapeuttien ja päihdehuollon työntekijöiden tai sosiaalityöntekijöiden puute. Työntekijät kokivat, että toimiminen läheteiden kautta oli hankalaa ja usein oli vaikea tietää, mihin ottaa yhteyttä. Tutkituista organisaatioista löytyi positiivisia esimerkkejä, joissa terveysasemalle oli koottu eri alojen ammattilaisia (ks. edellä), moniammatillinen työ toimi ja hoidon prosesseja oli pystytty sujuvoittamaan. Yhteistyö ei kuitenkaan toimi automaattisesti, vaikka työntekijät toimisivat samassa organisaatiossa tai samoissa tiloissa.

Valinnanvapaus ja integraatio kansainvälisestä näkökulmasta

Integraation edistäminen on ollut kaikissa Pohjoismaissa tärkeä osa kansallisen tason terveydenhuoltopolitiikkaa. Integraatio sen horisontaalisessa merkityksessä ei ole kuitenkaan ollut tarkasteltujen järjestelmien kehittämisen polttopisteessä. Tätä selittää osin sosiaali- ja terveyspalveluiden järjestämisvastuun hajautuminen hallinnon eri tasoille. Kysymys erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon välisestä yhteistyöstä on ollut monin paikoin keskeisempi kansallisen kehittämisen näkökulmasta. Suomen kansallisen tason terveydenhuoltopolitiikan lähitulevaisuuden suunnitelmat näyttäytyvätkin hyvin erilaisina kun niitä tarkastellaan Skandinaavis- ta kontekstia vasten. Suomi onkin Pohjoismaista – jopa kaikista maailman maista – ainoa, joka pyrkii kansallisesti ja lainsäädännönkeinoin edistämään sosiaali- ja terveyspalveluiden integraatiota.

Valinnanvapauden avulla on tavoiteltu Pohjoismaissa erilaisia asioita. Ruotsalainen valinnanvapauden sovellutus on ainutlaatuinen toimintamalli ja valinnanvapaudesta on olemassa Ruotsissa hyvin erilaisia ratkaisuja. Maakäräjäalueiden toimintamallit ja maantieteellinen sijainti vaikuttavat pitkälti siihen, millaisia tuloksia valinnanvapauden avulla saavutetaan. Norjassa ja Tanskassa, joissa perusterveydenhuollon tuotannosta vastaavat yksityisinä ammatinharjoittajina toimivat yleislääkärit, tämän kaltaisia elinkeinopoliittisia tavoitteita ei ole ollut. Valinnanvapaus on ollut luonnollinen osa järjestelmän toimintalogiikkaa ja sen avulla on enemminkin tavoiteltu asiakkaan parempia vaikutusmahdollisuuksia sekä pyritty parempaan hoidon jatkuvuuteen ja saatavuuteen. Tosin Norjassa listälääkäriuudistus toi terveydenhuoltoon myös kilpailuelementin. Tanskassa perusterveydenhuollon valinnanvapaus on ollut itsestäänselvyys jos vuosikymmeniä ja keskeisimmät uudistukset ovat liittyneet sairaalajärjestelmässä tehtyihin valinnanvapausuudistuksiin.

Pohjoismaisen – etenkin ruotsalaisen – tutkimuksen tulokset valinnanvapaudesta ovat paikoin ristiriitaisia ja usein hankalasti tulkittavia. Tämä johtunee esimerkiksi Ruotsissa tehdyn kansallisen tutkimuksen suhteellisen pienestä määrästä. Suurin osa tutkimuksista keskittyykin lähinnä muutaman maakäräjäalueen alueelle. Onkin tärkeää huomata, että valinnanvapaudesta on olemassa Ruotsissa hyvin erilaisia sovellutuksia. Maakäräjäalueiden toimintamallit ja maantieteellinen sijainti vaikuttavat pitkälti siihen, millaisia tuloksia valinnanvapauden avulla saavutetaan.

Hankkeen tulokset valinnanvapauden kehittämisen näkökulmasta

- **Asiakkaille valinnanvapaus on tärkeä, vaikka sitä ei käytetäkään**

Asiakkaat arvostavat valinnanvapautta, mutta tärkeintä heille on palveluiden saatavuus, laatu ja sujuvuus.

- **Palveluiden sijainti on asiakkaalle tärkeää**

Suuri osa asiakkaista haluaa saada palveluita läheltä kotiaan ja hyvien kulkuyhteyksien päästä. Hoidon laatu ja saatavuus ovat muita keskeisiä tekijöitä.

- **Vertailutietoa palveluntuottajista sekä tietoa palveluiden sisällöstä on oltava helposti saatavilla**

Tällä hetkellä asiakkaalla ei ole todellisia mahdollisuuksia vertailla eri palveluita. Jotta asiakas pystyisi vertailemaan, ja valitsemaan hoidon laadun tai saatavuuden perusteella, olisi tuotettava merkittävästi enemmän tietoa laadusta ja saatavuudesta. Laadun osalta olisi pystyttävä vertailemaan myös hoidon tuloksia, ei vain asiakastytyväisyyttä, joka ei mittaa lääketieteellisesti hyvää hoitoa.

- **Asiakas joutuu valitsemaan erisisältöisten palveluiden välillä**

Terveysasemien palvelutarjonnat poikkeavat toisistaan. Jos asiakas vaihtaa terveysasemaa, on todennäköistä, että hän ei voi valita kahden tai useamman samaa palvelua tuottavan terveysaseman välillä.

- **Terveyskeskusten asiakaskunnasta merkittävä osa pitkäaikaissairaita ja useita palveluita käyttäviä**

Suomen perusterveydenhuollon asiakaskunta poikkeaa useimpien muiden maiden asiakaskunnasta työterveyshuollon, yksityisten vakuutusten ja yksityisen sektorin tarjoaman hoidon vuoksi. Kun työikäinen väestö käyttää suurelta osin työterveyshuoltoa, painottuu terveyskeskustyö pitkäaikaissairaiden hoitoon.

- **Pitkäaikaissairaiden hoidon sujuvuus ja hoidon integraatio on otettava huomioon valinnanvapautta kehitettäessä**

Valtaosa pitkäaikaissairaista ei tarvitse useita palveluita. Kuitenkin merkittävä osa terveydenhuollon kustannuksista kuluu niiden pitkäaikaissairaiden hoitoon, jotka tarvitsevat useita palveluita tai joiden hoito ei ole tasapainossa. Näiden ryhmien hoito voidaan toteuttaa sujuvasti ja laadukkaasti samalla kustannuksella suitsien. Tämä edellyttää kuitenkin sitä, että asiakas pystytään ohjaamaan oikealle ammattilaiselle suoraan palveluntarpeen arvioinnista. Keskeisimpiä ammattilaisia, joita terveyskeskuksen vastaanotolle kaivataan, ovat psykiatriset sairaanhoitajat, fysioterapeutit, sosiaalityöntekijät ja päihdetyöntekijät. Moniammatillinen tiimityö mahdollistaa hoidon räätälöinnin asiakkaan tarpeiden mukaisesti.

- **Terveyskeskus on muutakin kuin lääkärin vastaanottopalvelut**

Hoitaja rooli on korostunut vastaanottotyössä. Hoitajien rooli on keskeinen erityisesti pitkäaikaissairaiden hoidossa, mutta myös akuuttivastaanotolla hoitajat hoitavat usein ison osan asiakaskäynneistä. Hoitajat tarvitsevat kuitenkin tuekseen

lääkäriin, jota on helppo konsultoida tarvittaessa. Tämä haastaa pohtimaan eri ammattilaisten välistä vastuunjakoa potilaan hoidossa.

- **Valinnanvapaus ja hoidon integraatio voivat olla ristiriidassa keskenään**

Toteutustavasta riippuen valinnanvapaus ja hoidon integraatio voivat olla ristiriidassa keskenään. Asiakkaan hoito on mahdollista järjestää sujuvaksi ja eri ammattilaisten väliseksi integroiduksi kokonaisuudeksi. Maksimaalinen toiminnallinen integraatio voi kuitenkin estää tai hankaloittaa valinnanmahdollisuuksia. Maksimaalinen valinnanvapaus voi puolestaan pilkkoa hoitoprosessit osiin jolloin kokonaisuuden hallinta on vaikeaa. Jos valinnanvapautta halutaan lisätä, on kiinnitettävä huomiota vahvaan asiakasohjaukseen ja potilaiden hoitoprosessien johtamiseen läpi eri palveluntuottajien tarjoamien palveluiden.

- **Palveluntuottajille maksettavien korvausten on kannustettava kilpailuun asiakkaista sekä kokonaisvaltaiseen hoitoon**

Kun merkittävä osa asiakkaista on pitkäaikaissairaita ja vain osa väestöstä käyttää terveysasemien palveluita, on korvaustason määrittäminen hankalaa. Terveysaseman vaihtajat ovat keskimääräistä asiakasta enemmän palveluita käyttäviä. Tämä on otettava huomioon korvauserusteita laadittaessa.

- **Terveysasemat muuttuvat, valinnanvapaus ei saa pysäyttää kehitystä**

Valinnanvapausmalli on suunniteltava siten, että se mahdollistaa innovaatiot ja toiminnan kehittämisen. Liian tiukat palvelupaketit ja palveluiden rajojen määrittelyt voivat estää kehittämisen. Tulevaisuuden terveyskeskus sähköisine palveluineen on hyvinkin erilainen kuin nykyään.

- **Asiakkaiden erilaiset kyvyt terveysasemien vertailuun ja mahdollisuudet vaihtamiseen on otettava huomioon**

Osalla asiakkaista terveydentila tai muut syyt hankaloittavat valintojen tekemistä. Kun terveysasemat ovat jatkossa toistensa kilpailijoita, on luotava toimintamalleja joiden avulla asiakkaan valintaa voidaan tukea neutraalilla tavalla. Asiakkaiden taloustilanne tai terveydentila voi estää matkustamisen kauas. Myös esimerkiksi kielitaito voi vaikuttaa siihen, kuinka hyvin ihmisen on mahdollista tehdä informoituja valintoja. Asiakkaiden mahdollisuudet vaihtaa terveysasemaa ja hakea erilaisia palveluita eri puolilta ovat hyvin erilaisia. Järjestelmää ei saa rakentaa kaikkein kyvykkäimpien asiakkaiden pohjalle.

Liite 1. Asiakkaiden kokemukset palveluista –luvun liitetaulukot

Liitetaulukko A1.Terveyskeskusten asiakaskyselyn tyytyväisyysväittämät kaupungeittain. Luku kuvaa niiden vastaajien prosentuaalista osuutta, jotka antoivat kuhunkin kysymykseen parhaimman mahdollisen arvosanan syksyllä 2014. Käytetty arviointiasteikko oli 1–5.

	Puhelin- yhteyden saaminen %	Odotusaika lääkärille odotushuoneessa %	Odotusaika hoitajalle odotushuoneessa %	Lääkärin ammatti- taito %	Hoitajan ammatti- taito %	Lääkärin vuoro- vaikutus %	Hoitajan vuoro- vaikutus %	Hoidon arviointi: lääkäri %	Hoidon arviointi: hoitaja %
Espoo	41	42	40	54	54	57	58	52	58
Helsinki	36	40	47	58	61	58	61	56	61
Jyväskylä	35	38	47	59	59	59	61	51	60
Kouvola	30	34	41	45	49	52	57	44	54
Kuopio	37	34	36	48	49	54	51	50	51
Lahti	22	26	39	43	55	37	57	38	56
Oulu	23	33	38	53	52	61	58	54	57
Tampere	26	37	44	52	56	55	58	51	56
Turku	35	40	48	58	58	59	59	55	62
Vantaa	21	33	40	53	56	58	61	55	63
Ekso	23	28	37	39	48	41	47	38	44
Hämeenlinna	49	42	49	60	59	59	65	60	65
Ulkoistettujen palveluiden tuottaja	35	32	42	50	53	49	56	45	56
Kaikki	33	37	43	54	56	55	58	52	58

Liitetaulukko A2. Tietoisuus terveysaseman vaihtamisen mahdollisuudesta ja terveysaseman vaihtaminen taustatekijöiden mukaan. (Terveyskeskusten asiakaskysely, yli 18-vuotiaat, n=8128)

		Tietoinen mahdollisuudesta vaihtaa terveysasemaa		
		Kunnan sisällä	Kuntien välillä	Vaihtanut terveysasemaa
Ikä	18-29 vuotta	63	40	19
	30-64 vuotta	77	56	9
	65-99 vuotta	88	72	5
Sukupuoli	Naiset	81	59	8
	Miehet	78	60	9
Koulutus	Kansa-/peruskoulu	80	64	7
	Ammattikoulu	79	58	10
	Opisto/AMK	83	61	9
	Yliopisto	82	56	8
Pitkäaikaissairaus	Ei	74	53	40
	Kyllä	85	65	60
Lääkärin vastaanotolla/vuosi	0-3 krt	81	61	8
	4-6 krt	80	58	8
	6+ krt	81	58	13

HUOM: kursivilla %-osuudet niiden selittävien tekijöiden luokissa, jotka merkitseviä logistisessa mallissa jossa kaikkien taustatekijöiden vaikutus on huomioitu yhtä aikaa.

Liitetaulukko A3. Mistä saanut tietoa terveysaseman vaihtamisesta taustatekijöiden mukaan. (Terveyskeskusten asiakaskysely, yli 18-vuotiaat, n=8128)

		Mediasta (esim. lehdet, radio, TV) %	Terveys- asemalta tai hoitavalta lääkäriltä %	Ystäviltä, tutuilta tai perheen- jäseniltä %	Inter- netistä %	Esitteestä %
Ikä	18-29 vuotta	37	23	29	32	6
	30-64 vuotta	66	20	15	17	5
	65-99 vuotta	75	20	13	7	5
Sukupuoli	Naiset	68	63	16	14	5
	Miehet	68	37	13	12	4
Koulutus	Kansa-/peruskoulu	65	24	15	7	5
	Ammattikoulu	64	21	18	16	5
	Opisto/AMK	73	16	13	16	4
	Yliopisto	77	14	12	14	4
Pitkäaikais- sairaus	Ei	61	19	17	19	5
	Kyllä	71	20	14	11	4
Lääkärin vastaanotolla/ vuosi	0-3 krt	70	19	14	13	4
	4-6 krt	67	20	17	13	5
	6+ krt	62	27	19	17	6
Vaihtanut terveysasemaa	Ei	69	18	15	12	5
	Kyllä	47	30	21	22	7

HUOM: kursivoilla %-osuudet niiden selittävien tekijöiden luokissa, jotka merkitseviä logistisessa mallissa jossa kaikkien taustatekijöiden vaikutus on huomioitu yhtä aikaa.

Liitetaulukko A4. Lääkärin terveysaseman ja lääkärin vallinnan tärkeys ja aito mahdollisuus valita terveysasema ja lääkäri taustatekijöiden mukaan. (Terveyskeskusten asiakaskysely, yli 18-vuotiaat, n=8128)

		Terveys- aseman valinta tärkeää	Lääkärin valinta tärkeää	Aito mahdollisuus valita terveysasema	Aito mahdollisuus valita lääkäri
Ikä	18-29 vuotta	66	67	57	40
	30-64 vuotta	75	78	61	45
	65-99 vuotta	84	85	76	58
Sukupuoli	Naiset	79	81	34	49
	Miehet	75	76	31	50
Koulutus	Kansa-/peruskoulu	84	85	76	61
	Ammattikoulu	78	79	67	52
	Opisto/AMK	76	78	65	43
	Yliopisto	71	76	59	40
Pitkäaikaissairaus	Ei	73	73	63	45
	Kyllä	81	83	69	52
Lääkärin vastaanotolla/vuosi		76	78	68	49
	0-3 krt				
	4-6 krt	79	83	66	49
Vaihtanut terveysasemaa	6+ krt	81	83	63	48
Vaihtanut terveysasemaa	Ei	77	80	73	50
	Kyllä	82	78	67	49

HUOM: kursivoilla %-osuudet niiden selittävien tekijöiden luokissa, jotka merkitseviä logistisessa mallissa jossa kaikkien taustatekijöiden vaikutus on huomioitu yhtä aikaa.

Liitetaulukko A5. Tärkeitä perusteita terveysasemaa valittaessa taustatekijöiden mukaan. (Terveyskeskusten asiakaskysely, yli 18-vuotiaat, n=8128)

	Lääkäri- aikojen saatavuus	Hyvä hoidon laatu terveys- asemalla	Hoitaja- aikojen saatavuus	Terveys- aseman hyvä sijainti	Hyvät kulkuyhteydet	Tietty lääkäri tai hoitaja	Terveys- aseman yleinen maine	Hyvät parkki- paikat	Toimi- tilojen viihtyisyys	Tyty- mättömyys aikaisem- paan terve- ysasemaan	Esteetön liikkuminen	Tuttavien tyytyväisyys terveys- asemaan
Ikä	18-29 vuotta	91	90	90	90	75	50	47	48	49	33	42
	30-64 vuotta	93	91	90	89	73	70	59	50	53	41	44
	65-99 vuotta	92	90	91	88	78	83	69	58	49	60	50
Sukupuoli	Miehet	91	88	88	86	67	68	66	52	44	45	46
	Naiset	94	92	91	90	79	74	58	53	55	47	46
Koulutus	Kansa-/peruskoulu	88	90	88	87	79	81	67	63	53	65	55
	Ammattikoulu	93	90	91	89	77	71	61	54	51	50	48
	Opisto/AMK	94	91	90	88	72	71	60	49	52	40	41
	Yliopisto	95	91	90	88	71	67	57	44	49	32	37
Pitkäaikais- sairaus	Ei	93	90	91	90	75	63	59	51	50	37	44
	Kyllä	92	90	90	87	75	78	63	54	52	53	47
Lääkärin vastaanotolla/ vuosi	0-3 krt	92	90	90	89	75	69	61	53	48	45	45
	4-6 krt	93	91	90	87	76	77	61	54	55	48	46
	6+ krt	93	92	91	88	75	78	60	51	59	54	48
Vaihtanut terveysasemaa	Ei	93	91	90	89	75	73	62	52	51	46	46
	Kyllä	90	89	90	87	75	68	57	58	53	47	47

HUOM: kursivoituja %-osuudet niiden selittävien tekijöiden luokissa, jotka merkitseviä logistisessa mallissa jossa kaikkien taustatekijöiden vaikutus on huomioitu yhtä aikaa.

Liitetaulukko A6. Arviot valinnan kannalta tärkeän tiedon riittävyydestä taustatekijöiden mukaan. (Terveyskeskusten asiakaskysely, yli 18-vuotiaat, n=8128).

		Tietoa laadusta	Tietoa hoitoon pääsystä	Tietoa vaihtamis- käytännöistä
Ikä	18-29 vuotta	29	30	22
	30-64 vuotta	31	33	28
	65-99 vuotta	46	45	37
Sukupuoli	Naiset	33	34	30
	Miehet	44	43	32
Koulutus	Kansa-/peruskoulu	48	46	36
	Ammattikoulu	37	39	31
	Opisto/AMK	31	34	28
	Yliopisto	28	30	28
Pitkäaikaissairaus	Ei	34	36	27
	Kyllä	38	38	33
Lääkärin vastaanotolla/vuosi	0-3 krt	37	39	32
	4-6 krt	34	34	28
	6+ krt	34	33	28
Vaihtanut terveysasemaa	Ei	36	37	30
	Kyllä	39	41	41

HUOM: kursivilla %-osuudet niiden selittävien tekijöiden luokissa, jotka merkitseviä logistisessa mallissa jossa kaikkien taustatekijöiden vaikutus on huomioitu yhtä aikaa.

Liite 2. Menetelmät ja aineistot

Kyselyt

Asiakaskysely

Terveysaseman hoidon laatu: potilaan näkökulma -lomaketta käyttäen kerättiin tietoa terveyskeskusten avovastaanotoilta. Kyselylomakkeen käyttö on toteutettu useana vuotena THL:n ja Kuntaliiton ja mukana olevien paikkakuntien yhteistyönä. Mukana vuonna 2014 olivat suuret kaupungit (sisältäen näissä toimivat ulkoistetut terveysasemat): Espoo, Hämeenlinna, Lahti, Tampere, Turku, Helsinki, Vantaa, Jyväskylä, Kuopio, Oulu sekä lisäksi näiden ulkopuolelta yhden yksityisen palveluntuottajan kuntien ja kuntayhtymien ulkoistamat terveysasemat. Kunnista neljä ensimmäistä oli Vaint-hankkeen kumppanuusorganisaatioita. Kyselylomaketta oli ohjeistettu tarjottavaksi viikon aikana ilmoittautumisen yhteydessä kaikille avosairaanhoidon vastaanoton asiakkaille, kuntien ja palveluntuottajien tilaamista lomakkeista palautui 35 % (n=9004). Terveysasemien välillä vastausaktiivisuus oli vaihtelevaa (10–76 %) terveysasemalle tilatuista lomakkeista. Kyselyssä oli perinteisen hoidon laadun lisäksi kysymyksiä terveysaseman ja terveydenhuollon ammattilaisen valitsemiseen liittyviä kysymyksiä. Aikuisia (18 vuotta tai yli) kyselyyn vastanneista oli 8128 asiakasta (65 % naisia), keski-ikä 57 vuotta ja korkeakoulutettuja 17 %.

Vaihtajakysely

Valint-hankkeessa mukana olleille kunnille (Espoo, Hämeenlinna, Lahti, Tampere) tarjottiin mahdollisuutta lähettää kysely terveysasemaa vaihtaneille. Kyselyssä tiedusteltiin vaihtajilta valinnanvapauden toteutumista ja käytäntöjä. Lisäksi tiedusteltiin kokemuksia hoidosta, omasta terveydestä ja sosiodemografisia tietoja (em. asiakaskyselyn mukaisilla kysymyksillä). Vaihtajakysely toteutui hieman eri aikoihin eri paikkakunnilla johtuen kumppanuusorganisaatioiden asiakaskontaktikäytännöistä. Lahdessa, Tampereella ja Hämeenlinnassa kysely toteutui keväällä 2015 ja Espoossa syksyllä 2015. Espoossa vaihtaneille lähetettiin ensin tietoon perustuvan suostumus halusta olla mukana tutkimuksessa ja sen jälkeen myöntävästi vastanneille lähetettiin kyselykaavake. Muut kunnat lähettivät kyselyn terveysasemaa vaihtaneille ja kyselyyn vastaaminen katsottiin suostumukseksi. Kyselyyn vastasi yhteensä 443 henkilöä (56 % naisia), keski-ikä 65 vuotta ja korkeakoulutettuja oli 17 %.

Tilastolliset menetelmät

Kyselyaineistoja käsiteltiin soveltuvien tilastollisten menetelmien esimerkiksi tuotettujen tavanomaisien prosenttiosuuksien ja keskiarvojen. Mielipidettä kuvaavissa muuttujissa käytettiin Likertin asteikkoa 1 = erittäin huono – 5 = erinomainen tai 1=eri mieltä, 2=osin erimieltä, 3=siltä väliltä, 4=melkein samaa mieltä, 5=samaa mieltä. Selitysmalleissa käytettiin logistista regressioanalyysiä ja erilaisten ryhmien vertailtavuuden parantamiseksi vakioitiin erilaisia muuttujia esimerkiksi iän, sukupuolen, koulutuksen ja pitkäaikaissairauden mukaan.

Haastattelut

Johdon teemahaastattelut

Johtajiston teemahaastattelut suoritettiin Espoossa, Hämeenlinnassa, Lahdessa, Tampereella ja Orimattilassa (Attendo) vuosina 2014–2015. Haastateltavina oli niin kaupunkien sosiaali- ja terveydenhuollon toimialajohdon johtavia virkamiehiltä kuin kaupungeissa toimivien yksityisten palveluntuottajien toimialajohtoa ja esimiehiä. Haastateltavat olivat 14 kaupungin toimialatason johtajaa sekä 27 johtavaa toimihenkilöä 11 julkiselta ja neljältä yksityiseltä terveysasemalta. Haastattelut (41) toteutettiin yhdeksänä yksilöhaastatteluna ja 32 parihaastatteluna. Haastateltavat olivat ammatilliselta taustaltaan lääkäreitä (23), hoitajia (12) ja muun koulutuksen omaavia (6).

Haastattelijoina toimivat tutkimusryhmän jäsenet 2–3 hengen tiimeinä.

Teemakysymysrungossa oli kysymyksiä kaupungin perusterveydenhuollon viimeaikaisesta kehityksestä ja kehitysstrategiasta. Haastattelurunko sisälsi erityisesti valinnanvapauteen ja integraatioon liittyviä kysymyksiä. Haastattelut nauhoitettiin ja litteroitiin.

Terveydenhuollon ammattilaisten teemahaastattelut

Terveydenhuollon ammattilaisten haastattelut toteutettiin vuosina 2014–2015 17 terveysasemalla. Terveysasemista 4 oli yksityisessä omistuksessa ja 13 kunnallisia ja ne sijaitsivat hankkeessa mukana olevissa kunnissa Espoossa, Hämeenlinnassa, Lahdessa ja Tampereella. Terveysasemilla haastateltiin 31 lääkärinä ja 31 hoitajana. Haastattelijana toimi tutkimusryhmän jäsen (ES).

Terveysasemilla käytetty haastattelurunko

Haastattelurunko sisälsi terveysaseman vaihtoon ja integraatioon liittyviä kysymyksiä. Haastatteluteemat, sovellettiin keskustelun kulun vaatimalla tavalla. Osa haastateltavissa oli vain johtotehtävissä, osa sekä johtotehtävissä että käytännön työssä, osa lähinnä käytännön työssä. Haastattelut nauhoitettiin ja litteroitiin.

1. Terveysaseman vastaanottotoiminnan kehittymiskokemuksia ja kehittämissuunnitelmia viime ajoilta.

Käytännön työtä tekeville:

- Miltä nykyinen toimintamalli vaikuttaa työntekijän kannalta? työn sujuvuus, ongelmat
- Kykyjen käyttö, itsenäisyys, tuki ja konsultaatiomahdollisuudet
- Kuormittavuus
- Ammattiryhmien väliset suhteet sekä yhteistyö (muu terveydenhuolto, sosiaalitoimi)
- Mikäli on tapahtunut muutoksia, onko uusi malli parempi kuin vanha, mahdolliset ongelmat, parannukset
- Mitkä ovat keskeisiä tekijöitä viihtyvyyden ja työssä jaksamisen kannalta

2. Kokemukset ja näkemykset terveydenhuoltolailla säädettyjen terveysaseman valintaa koskevien oikeuksien suhteen (aiempi kunnan sisäinen, nyt kuntien välinen).
3. Miltä näyttää terveysasemien vaihto nyt, kun pari vuotta ollut terveyskeskuk- sen sisäisen vaihdon mahdollisuus ja nyt alkanut terveyskeskusten välisen vaih- don mahdollisuus.
4. Miten tämä asia on aiemmin (ennen lakia) ollut käytännössä, onko voinut vaih- taa asemaa, lääkäriä, hoitajaa?
5. Näkemykset valintaan liittyvien asioiden kehityksestä seuraavien 5-10 vuoden aikana?
6. Millainen haaste perusterveydenhuollon ja erityisesti vastaanottotyön taso, toi- mintamallit ja kehitystarpeet paljon palveluja käyttävien ja usein kroonisista sairauksista tai ongelmista kärsivien kuntalaisten suhteen?
7. Miten on otettu vastaan toimiva terveyskeskus/terveyshyöty/potku- tms toi- mintamallisuositukset ja kokeilut – ollaanko seuraamassa, mukana toteuttajien joukossa, valtakunnan kärjessä?
8. Kun puhutaan integraatiosta, puhutaanko pitkäaikaissairauksista vai monion- gelmaisia (krooniset sairaudet vai sosiaaliset ongelmat, päihde...), vai erityisen kalliista hoidoista – mistä erityisesti?
9. Onko vastaavia hankkeita (integraatio), kehitystyötä ollut aiemmin, milloin ja millaisia?
10. Miten valinnanvapaus ja integraatiotavoite sopivat tai sovitetaan yhteen?
11. Onko valinnanvapaus vaikuttanut asiakkaiden palveluun?
12. Miten valinnanvapaus, eli käytännössä asiakkaiden vaihtaminen terveysase- malle / terveysasemalta on vaikuttanut toiminnan suunnitteluun ja henkilös- töön (lisääntyvä tai vähentyvä kuormitus).
13. Miten nämä kaksi kehityssuuntaa on koettu ja koetaan (onko tärkeitä vai ei, on- ko erityisiä intressejä, onko vastarintaa tai pelkoja).
14. Miten terveyskeskuksen muut kehitysongelmat tai kehitysehdotukset, liittyvät, vaikeuttavat tai edesauttavat valinnan ja integraation kehitystä. (Työnsisältö/ päätöksenteko/ konsultaatiomahdollisuudet)

Liite 3. Hankkeessa tuotettua muuta materiaalia

Julkaisuja

- Aalto, Anna-Mari; Junnila, Maijaliisa; Muuri, Anu; Sinervo, Timo; Vehko, Tuulikki; Pekurinen, Markku. 2016. Väestön mielipiteitä sosiaali- ja terveydenhuollon valinnanvapaudesta. Tutkimuksesta tiiviisti, 20. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, Helsinki. www.julkari.fi
- Aalto, Anna-Mari; Manderbacka, Kristiina; Muuri, Anu; Karvonen, Sakari; Junnila, Maijaliisa; Pekurinen, Markku: Mitä väestö ajattelee sosiaali- ja terveystalve-luiden uudistamisesta? Helsinki, THL, 2016. Tutkimuksesta tiiviisti: 2016_004 <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-302-635-3>
- Junnila, Maijaliisa; Sinervo, Timo; Aalto, Anna-Mari; Jonsson, Pia Maria; Hietapakka, Laura; Keskimäki, Ilmo; Pekurinen, Markku; Seppälä, Timo T.; Tynkkynen, Liina-Kaisa; Whellams, Anne: Valinnanvapaus sosiaali- ja terveydenhuollossa - kriittiset askeleet toteuttamisessa. THL- Päätösten tueksi, 2016, 2:1-16. <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-302-637-7>
- Lehto, Juhani; Sinervo, Timo; Tynkkynen, Liina-Kaisa: Valinnanvapaus ja integraatio – Terveydenhuollon politiikkaideoiden muuttuvat merkitykset. Kunnallistieteellinen aikakauskirja 2016, 1: 53-69.
- Tynkkynen, Liina-Kaisa; Chydenius, Miisa; Saloranta, Anna; Keskimäki, Ilmo: Expanding choice of primary care in Finland: much debate but little change so far. Health Policy, 2016, 120, 3, 227-234. <http://dx.doi.org/10.1016/j.health-pol.2016.01.015>
- Vehko, Tuulikki; Aalto, Anna-Mari; Sinervo, Timo: Potilaiden tyytyväisyys terveysasemien palveluihin. Suomen Lääkärilehti, 2016: 71 (38), 2348-2356.
- Vehko, Tuulikki; Aalto, Anna-Mari; Sinervo, Timo: Terveysaseman vaihtajat usein pitkäaikaissairaita ja kriittisiä palvelujen käyttäjiä. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, Tutkimuksesta tiiviisti 2016, 6:1-4. <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-302-655-1>

Esityksiä tieteellisissä konferensseissa

- Aalto, Anna-Mari: Perusterveydenhuollon asiakkaiden näkemyksiä valinnanvapaudesta. Terveydenhuoltotutkimuksen päivät, Helsinki. 12.11.2015. <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-302-551-6>
- Aalto, Anna-Mari; Chydenius, Miisa; Tynkkynen, Liina-Kaisa; Vehko, Tuulikki; Sinervo, Timo: Patients' attitudes toward choice of primary care provider. Eur J Public Health, 2015;25;S3. <http://dx.doi.org/10.1093/eurpub/ckv175.034>
- Saloranta, Anna; Tynkkynen, Liina-Kaisa; Keskimäki, Ilmo: A Nordic comparative study on patients' freedom of choice of primary care provider, as implemented at individual, system and policy level. Nordiska statsvetenskapliga förbundets (NoPSA) konferens, Göteborg. 12–15 August 2014.

- Sinervo, Timo: Innovative care models in Finnish health centers, integration and smooth processes Novo-symposium. Trondheim 12.11.2015.
- Sinervo, Timo: Valinnanvapaus terveydenhuollossa. Mitä valitaan ja millä perusteella. Valint-hanke: Perusterveydenhuollon asiakaslähtöiset toimintamallit – valinnanvapautta ja integraatiota? Sosiaalipolitiikan päivät, Helsinki. 22.10.2015.
- Sinervo, Timo; Syrjä, Vesa: Perusterveydenhuollon asiakaslähtöiset toimintamallit – valinnanvapautta ja integraatiota? Työelämän tutkimuspäivät. Tampere, 6.–7.11.2014.
- Tynkkynen, Liina-Kaisa: ”Hoidon integraatio Pohjoismaissa”. Terveydenhuoltotutkimuksenpäivät, Helsinki. 12.11.2015. <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-302-551-6>
- Tynkkynen, Liina-Kaisa: ”Integrated Care Policies in the Nordic Countries”. European Public Health Conference, Milan. 16.10.2015
- Tynkkynen, Liina-Kaisa: Integrated Care Policies in the Nordic Countries. Eur J Public Health 2015;25;S3. <http://dx.doi.org/10.1093/eurpub/ckv169.073>
- Vehko, Tuulikki; Aalto, Anna-Mari; Sinervo, Timo: Management of care among primary health care patients: Results from a qualitative vignette study. Eur J Public Health 2015;25;S3. <http://dx.doi.org/10.1093/eurpub/ckv176.270>
- Vehko, Tuulikki; Aalto, Anna-Mari; Sinervo, Timo: Variation in treatment-pathways in everyday work environment at primary health care – Results from a qualitative vignette study. The 23rd Nordic Congress of Gerontology Tampere, 20 June 2016.
- Vehko, Tuulikki; Aalto, Anna-Mari; Sinervo, Timo: Management of services of frequent attendee in primary health care and the interface with social care. Hyväksytty posteriksi. The 9th European Public Health Conference, All for Health – Health for All. Wien, 9–12 November 2016.

Liite 4. Hankkeen ohjausryhmä

Tampereen kaupunki
Espoon kaupunki
Hämeenlinnan terveystalvet liikelaitos
Attendo terveystalvet Oy
Mediverkko Oy (nyk. Mehiläinen)
Lahden kaupunki
Pihlajalinna Oy
Suomen Lääkäriliitto
TEHY
Terveystalvetualan liitto
Kuntaliitto
Työ- ja elinkeinoministeriö
Terveysten ja hyvinvoinnin laitos
Tampereen yliopisto
Tekes

Liite 5. Kansainväliset yhteistyötahot

Karsten Vrangbæk (Københavns Universitet)

David Isaksson (Uppsala Universitetet)

Ulrika Winblad (Uppsala Universitetet)

Inger Marie Stigen (Høgskolen i Oslo og Akershus)

Hilmar Rommetvedt (International Research Institute of Stavanger)